编者的话

历史悠久的中国医药学，有着独特的理论体系和丰富的临床经验。在当今世界医学之林中愈发闪耀着夺目的光彩，国内外学者越来越看到中医学宝库的巨大蕴藏量及其对世界科学的深远影响。从而，形成学习、研究中医药学的热潮，并且呈现出日益国际化的发展趋势。

然而，中医古籍汗牛充栋，浩如烟海，且文理古奥，颇难索解。初学之人，常感无从入手，叹为观止。为了适应学习中医的需要，我们编写了这套《自学中医之路》丛书，以供初学中医人员及广大中医工作者和西医学习中医等同志们在教学、医疗工作中应用与参考。

本丛书的内容包括中医基础理论和临床辨证论治两部分，共十六个分册。计有阴阳五行学说、病因病机学说、脏腑经络学说、诊法概要、八纲与八法、六经辨证、卫气营血辨证、脏腑病证常用方药、心病辨治、肝病辨治、脾病辨治、肺病辨治、肾病辨治、中医病案分析、历代临证格言选萃、针灸与按摩。

编写中，我们本着：①理论联系实际的原则。对基础理论的阐述，力求概念准确，逻辑性强，思维清晰，切合实用；五脏辨治等分册，结合内、外、妇，儿等学科常见病证，详细介绍辨证论治的规律与方法。②保持中医理论的科学性，系统性和完整性。尽量避免某些教材中存在的不必要的重

复、冗繁和脱节。做到深入浅出，简明精练。各分册能够独立成章，又使全丛书统一、谐调，成为有机的整体。③本丛书内容的深度和广度，以最近卫生部组织编写并审定的全国高等中医药教材为依据，并汲取各院校教学、医疗、科研的新成果、新经验。可以说，本丛书既是自学中医的普及读物，又可作中医院校的辅导教材。

本丛书是由天津科学技术出版社组稿，由天津中医学院、北京中医学院、北京中医学院分院、黑龙江中医学院、长春中医学院、辽宁中医学院、河北中医学院、内蒙古医学院等八所院校集体编写的。在全体编写人员的努力和天津科学技术出版社编辑同志的协助下，历时二年，几经修订，才得以奉献给广大读者。书中不足之处恳请批评指正，以便使本书进一步修改、完善，更好地为中医事业的发展发挥出应有的作用。

《自学中医之路》丛书编写组

1986年6月

目　录

一、望诊……………………………………………………（8）
（一）　整体望诊……………………………………………（4）
1．望神……………………………………………………（4）
2．望色……………………………………………………（7）
3．望形体…………………………………………………（7）
4．望动态…………………………………………………（9）
（二）　色诊………………………………………………（10）
1．概念……………………………………………………（10）
2．原理……………………………………………………（11）
3．意义……………………………………………………（11）
4．方法……………………………………………………（13）
5．常色……………………………………………………（15）
6．病色……………………………………………………（16）
7．病气……………………………………………………（19）
8．色部……………………………………………………（22）
9．妇女气色………………………………………………（27）
10．小儿气色………………………………………………（29）
（三）舌诊…………………………………………………（31）
1．概念……………………………………………………（31）
2．原理……………………………………………………（31）
3．意义……………………………………………………（32）
4．分部……………………………………………………（32）
5．方法……………………………………………………（33）

6．正常舌象……………………………………………………（35）
7．舌色变化……………………………………………………（35）
8．舌形变化……………………………………………………（36）
9．舌态变化……………………………………………………（38）
10．苔形变化……………………………………………………（39）
11．苔色变化……………………………………………………（40）
12．苔质合参……………………………………………………（41）
13．危重舌象……………………………………………………（42）
（四）分部望诊……………………………………………………（42）
1．望头发颈项……………………………………………………（43）
2．望五官……………………………………………………（44）
3．望皮肤……………………………………………………（49）
4．望前阴后阴……………………………………………………（51）
5．望四肢……………………………………………………（52）
6．望小儿指纹……………………………………………………（52）
（五）望排出物……………………………………………………（56）
1．望痰……………………………………………………（57）
2．望涕、泪、涎、唾、汗……………………………………………………（58）
3．望呕吐品……………………………………………………（59）
4．望大便……………………………………………………（59）
5．望小便……………………………………………………（59）
6．望月经……………………………………………………（60）
7．望带下……………………………………………………（60）
8．望脓液……………………………………………………（61）
二、闻诊……………………………………………………（61）
（一）听诊……………………………………………………（61）
1．语声……………………………………………………（61）
2．呼吸……………………………………………………（62）

3．咳嗽……（63）
4．呕吐……（63）
5．呃逆……（64）
6．嗳气……（64）
（二） 嗅诊……（64）
1．口气……（64）
2．痰、涕……（65）
3．大、小便……（65）
4．经带……（65）
5．呕吐物……（65）
三、问诊……（65）
（一） 问一般情况……（66）
1．姓名……（66）
2．性别……（67）
3．年龄……（67）
4．职业……（67）
5．籍贯和住址……（67）
6．婚姻及生育……（67）
7．生活习惯……（67）
（二） 病史……（68）
1．现病史……（68）
2．既往史……（68）
3．家族史……（69）
（三） 现在症状……（69）
1．问寒热……（69）
2．问汗……（72）
3．问疼痛……（74）
4．问麻、痒、肿、胀……（78）

5．问睡眠……………………………………………………（79）
6．问饮食口味……………………………………………………（80）
7．问二便……………………………………………………（82）
8．问耳目……………………………………………………（84）
9．问妇女……………………………………………………（85）
10．问小儿……………………………………………………（87）
四、切诊……………………………………………………（88）
（一） 脉诊……………………………………………………（88）
1．概念……………………………………………………（88）
2．意义……………………………………………………（88）
3．部位……………………………………………………（90）
4．一般方法……………………………………………………（94）
5．指法……………………………………………………（96）
6．平脉……………………………………………………（98）
7．病脉……………………………………………………（101）
8．怪脉……………………………………………………（126）
9．妇人脉……………………………………………………（131）
10．小儿脉……………………………………………………（138）
（二） 按诊……………………………………………………（140）
1．按肌肤……………………………………………………（141）
2．按头额……………………………………………………（142）
3．按手足……………………………………………………（142）
4．按胸胁……………………………………………………（143）
5．按腹部……………………………………………………（144）
6．按穴位……………………………………………………（146）
7．按疮疡……………………………………………………（146）
五、四诊合参……………………………………………………（147）
（一） 色证合参……………………………………………………（150）

附：色病合参……………………………………………………（151）
1．病色相应……………………………………………………（152）
2．病色交错……………………………………………………（152）
3．色病宜忌……………………………………………………（153）
（二） 脉证合参……………………………………………………（154）
1．脉证相应……………………………………………………（155）
2．脉证相反……………………………………………………（156）
3．脉证独存……………………………………………………（160）
4．脉证之渊……………………………………………………（161）
附：脉证顺逆……………………………………………………（162）

诊法，是中医诊察疾病的方法，运用诊法，可以广泛收集与病情有关的各种客观资料，全面深人了解病情，为辨证论治提供依据，使临床医师做出正确的诊断，达到预期的治疗效果。因而，诊法是每个中医必须掌握的基本技术。

我国历代医学家，在与疾病作斗争的长期医疗实践活动中，逐渐创造了多种多样的诊察方法，积累了丰富的经验，总结了系统的理论。其中，很多为中医独具，反映出中医的传统经验与特色。

具体说来，中医将诊法主要归纳为四种：医师运用视觉观察病人形体的神色形态变化，称为望诊；凭听觉听取病人声音变化，凭嗅觉嗅闻病人气味变化，合称闻诊；通过询问病人及其家属以了解病情，称为问诊；依靠触觉触摸按压病人脉搏形体，称为切诊。望、闻、问、切，总称四诊，是中医诊法的主要内容。

中医诊法，主要有五个特点。

其一是从外察内据象测脏。中医认为，人体是一个有机的整体。脏腑居于内、形体显于外，其间有经络联络通连。所以外部因素可以影响内脏，内脏病变也能反映于体表，在人体外部显现出特定的征象。故中医在保持人体完整的情况下，主要依靠自己视觉、听觉、嗅觉、触觉等各种感觉器官，观测病人体表的外在征象，直接获取病情资料。无需借助任

何仪器，更不会给病人带来任何损伤或痛苦。

其二是整体察病见微知著。由于脏腑与形体五官间有相合、所主、开窍及经络络属等关系，人体局部与整体也是相互影响的。身体一旦发生疾病，局部病变可以影响全身，全身病变也可以显现在某个局部。中医既强调通过人与内外环境关系失调，通过整体变化诊察某些局部病变，也常从病人某些局部的细微变化对某些全身疾病作出判断。例如中医色诊、舌诊、脉诊，就是分别通过面部气色、舌象、脉象变化，诊察疾病的性质、部位，判断预后，而具有重要的诊断意义。

其三是分析综合、据证辨证。诊法所收集的病情资料是中医判断病证的主要证据。其中有些属于病人自己不舒服的感觉，称为症状；有些属于医师检查时发现病人形体上的异常征象，称做体征。无论症状体征，均是疾病的现象。但中医以此为证据，通过步步深入的分析综合，可以辨识出病变的证候。证候与症状体征等证据不同。证候是病因、病机、病位、病程及临床现象的综合概括，它突出了致病主导作用中的内因性，可以反映病人所处的环境、机体反应状态的整体性、个体特点，变化动态和发展趋势——即疾病的本质。证候是依据症状体征等临床现象为证据辨识出来的，因而只有诊法运用得当，才能给辨证提供详实的证据，从而做出正确的诊断。

其四是四诊合参、去假存真。因为辨证的依据来自诊法，所以要求对病人做周密的观察与全面的了解，为此必须四诊合参　四诊合参，首先是四诊均应详实，不可短缺。如果四诊不全，便得不到病人全面的、详细的资料，会遗漏辨证所

需要的证据。其次，还必须将四诊所得证据相互补充、互为参验，以便由表及里、去伪存真。疾病是复杂多变的。临床表现有真象，也有假象，有的假在症状上，有的假在体征上，如果不进行比较参验，便可能以假当真，做出错误的诊断。

其五是随机应变，动态察病。不同的疾病遵循着特定的规律不断发展变化，证候也在不断演变，其症状体征相应处于变化动态之中。所以为辨证取得证据的中医诊法，就绝不能仅仅运用于开始诊病之时。有些人以为中医一经辨证立法后，便永远依方取药、一成不变，这是错误的认识。正确的做法是：自始至终、随时把握病证的变化动态，每次立法处方之前，均应重新望、闻、问、切，根据当时的具体病情，辨证论治。只有这样，才能获得最佳疗效，并防止疾病向严重发展。

上述五项，是中医诊法的特点，也是中医诊法的运用原则。在学习诊法、运用诊法时，必须注意遵循。

一、望　诊

望诊，是医师运用视觉观察病人全身或局部的神、色、形、态，以及分泌物或排泄物色质的异常变化，以测知内脏病变、了解疾病情况的诊断方法。

望诊是中医的重要诊法。中医通过长期大量的医疗实践，认识到人体外部，特别是面部、舌部与脏腑经络的关系非常密切。脏腑有病，必然反映到体表而通过望诊被医师查知。其中，面部气色，舌质舌苔，反映更为灵敏准确，有重要的诊断意义，具备系统的理论与技术，是中医独特的传统诊法，

为历代中医所重视。故本书将望诊分为整体望诊、色诊、舌诊、分部望诊、排出物望诊五部分进行介绍。

（一） 整体望诊

1．望神

关于神，中医理论中论述较多，概括起来有两种概念：

一是指人体生命活动总的外在表现，这是广义的神，是内脏功能的反映。所谓“精神”、“神色”、“神气”、“神情”、“神智”等等，是对人的面色、表情、体态、意识、言语、智能等的综合概括。

二是指人的精神意识思维活动，这是狭义的神，又称“神明”或“神志”，如“心主神”等即指此而言。

所谓“望神”，主要是指前一种概念而言。但也包括了后一种概念中的神志。

《灵枢·平人绝谷篇》说：“神者，水谷之精气也。”说明神以精气为基础，只有神、气充足，才能体健神旺，若精气亏虚、则体弱神衰。故中医十分重视望神。

望神，是望诊中的一个重要部分，也是诊断的第一个步骤。就是说，当我们接触病人的时候，要求做到经过短暂的观察，就能对病人的精神状况有一个初步判断。

精神状况，通过人的精神活动、意识状态、面目表情、语言声调、形体动作、反映能力等方面表现出来。通过望神的得失真假，可以了解内脏精气的盛衰，进而推断正气的强弱，病情轻重和病变预后。

望神，主要观察其眼神、精神意识、动作反应等方面。眼神的变化是其中的重要内容。

《灵枢·大惑论》说：“目者，心之使也”，“五脏六

腑之精气皆上注于目而为之精。”说明目受心神支配，其功能又与五脏六腑的精气有密切关系，所以望神时应重点观察目的神采。

神的表现可分为有神、少神、失神、假神及精神失常五种。

(1) 有神：主要表现在四个方面：①两眼明亮灵活，精采内含。②精神充沛、意识清楚。③面色荣润含蓄，肌肉不削。④动作协调，反映灵敏、呼吸均匀。

有神，又叫“得神”。表示精充气旺或虽病而正气未伤，脏腑功能未衰；虽有邪气、病亦轻浅，预后较好。

(2) 少神：又称神气不足、神气不旺或神衰。它界于有神与无神之间，常见于虚证患者，是正气不足的表现。由于疾病多因正气不足而致，病邪又往往导致正虚，所以无论外感内伤，病程长短，均可出现少神，为临床所最常见。

少神的临床表现有：精神不振、思维迟钝、健忘嗜睡、面色少华、目乏神采，疲倦无力、声低懒言、动作缓慢等。

少神多由有神病人病情加重，或因失治误治发展而来。若经积极正确的医疗护理，多数可转变为有神而病轻渐愈；若再失治误治，也可进一步发展为失神，病情加重，预后不良。

(3) 无神：又叫失神（神气丧失），是正气大伤、邪气过盛，正不胜邪的反映；或是精血津液耗损，气亏神衰的表现。表示病情严重、预后不良。

无神的临床表现是：①两眼呆滞、目陷无光。②精神萎靡、神志昏蒙。③面色晦暗枯槁暴露，肌肉瘦削。④动作失调、反应迟钝，呼吸微弱或喘促。甚则可见神昏谵语、循衣

摸床、撮空理线、头倾视深等病理状态。

一般情况下，从有神到少神再到失神，多属逐渐演变过程，而且并非是不可逆的。如果治疗得当，即使达到无神的程度，也可能逐渐恢复有神，脏腑精气逐渐恢复、病势渐退而痊愈。

（4）假神：临床望神，还必须注意病情危重之人有时会突然出现精神暂时好转的虚假现象，需与真有神相鉴别。这种现象多见于久病、重病垂危的患者，本来这些患者精气极度衰竭，精神方面多是衰惫的，但有时会突然出现一些似乎"有神"的假象；如原来精神极度衰惫、意识不清，而突然转佳、意识清楚、想见亲人；或原来目滞无光，突然明亮；或本来面色晦暗不泽，突然面白颧红如妆；或原是语声低微、时断时续、突然语言清利、絮絮不休；或原不思饮食，突然思想饮食等等。都属于"假神"。这些现象多是阴不敛阳、虚阳外越，阴阳离绝、生命将亡的预兆。人们通常把它比喻为"回光返照"，或"残灯复明"，应予特别注意。

假神的鉴别要点是：①假神常在垂危病人失神后出现，与整个病情发展过程明显不符。②变化常很突然，不能用疗效疗释。③变化剧烈，往往超出病情所能允许的一般限度。④细辨可以发现假象。⑤变化多仅表现在某些局部，全身情况不见好转。⑥假神仅为暂时现象，短时间后迅即恶化。一般出现假神后，病人往往在数分钟至48小时之内死亡而难以挽救。

（5）精神错乱：精神错乱有癫、狂、痫等，也属望神内容。

癫证：神识痴呆、举止失常、喃喃自语、见人则止。多

为气结痰凝、阻闭心窍。

狂证：狂躁不安、胡言乱语、登高而歌、弃衣而走、打人毁物、不避亲疏。多为痰火扰心，或邪热扰神、或蓄血蒙蔽神明。

痫证：突然口出畜声而昏倒、四肢抽搐、口吐涎沫、醒后如常。多为风痰上逆、阻闭清窍。

2．望色

望色，包括整体肤色以及面、舌、五官、尺肤、脉络和爪甲等局部的色泽变化。不同部位的色泽变化不尽相同，发生变化时的临床意义也不一致。面色见色诊，舌色见舌诊，其它局部之色各归其部，此处仅简述整体肤色。

就整体肤色而言，世界上不同人种的肤色有着很大差别，即使同种人之间的差异也很明显。我国多数民族属于黄种人，因此肤色以黄为主，从三岁至老年一般呈现浅黄至棕黄色，然而个体间的差别很大。

在疾病过程中，肤色最常见的变化有赤、黄、黑三种。

(1) 肤黄：皮肤面目皆黄，明显超出常人，称作黄疸，中医分为阳黄阴黄两大类。阳黄黄色鲜明如桔子色，多因肝胆脾胃湿热而致，热重者偏赤，湿重者偏黄。阴黄则黄色晦暗如烟熏，多因寒湿困脾而生。

(2) 肤赤：全身皮肤变红，多见于高热时。肤色偏白的患者，肤赤更为明显。

(3) 肤黑：皮肤灰黄晦暗，以容易磨擦的皮肤皱折处，皮肤粘膜移行部位更为明显，中医称为“黑疸”或“女劳疸”，多因肾虚而致。

3．望形体

主要是观察病人的体形及形体的强、弱、肥、瘦及其它情况。人的形体组织内合五脏，故望形体可以测知内脏精气盛衰，内盛则外强，内衰则外弱，故《素问·三部九候论》说：“必先度其形之肥瘦，以调其气之虚实。”

（1）强壮：骨骼粗大、胸廓宽厚、肌肉强健、皮肤润泽。这是脏腑精气充实的表现，虽病而正气足以抗邪、预后多好。

（2）衰弱：骨骼细小、胸廓狭窄、肌肉消瘦、皮肤燥涩。这是脏腑精气不足的表现，体弱多病，正虚无以抗邪、预后较差。

（3）肥胖：肥胖并不等于强壮。疾病过程中，凡形体肥胖、肤白无泽、少气乏力、精神不振者，多属“形盛气虚”，阳气不足。这类病人，还往往因阳虚水湿不化而易生痰湿。“肥人多痰”即指此而言。严重者水湿停聚，可致肢体浮肿。痰火上扰，还易致中风，即“肥人多中风”。其原因，多由过食肥甘厚味而运动过少所引起。

（4）消瘦：消瘦也不等于健康。病人形瘦肌削，面色苍黄，胸廓狭窄，皮肤干焦，多属于精血津液不足，不能营养肌肤，称为“形瘦阴虚”。这类病人，还往往因阴虚而易生虚火劳嗽，“瘦人多火”、“瘦人多劳嗽”即指此而言。其严重者，消瘦可达到“大骨枯槁，大肉陷下”、“大肉脱失”的程度，骨瘦如柴、眼窝深陷、卧床不起、动转艰难，称为羸瘦，为脏腑精气衰竭的征象。

（5）畸形：先天禀赋不足，还会发生“鸡胸”、“龟背”、“罗圈腿”等畸形。素有伏饮积痰、肺肾受损，胸可渐如圆桶。肺肾阴虚或气阴两虚，胸廓扁平。

（6）其它：单腹肿大、四肢反瘦，为臌胀，因肝郁脾虚，气滞水停血瘀而致。腹皮甲错、深凹着脊，为胃肠干瘪；脊骨如锯为脊疳，均属脏腑精气衰败之危候。

4. 望动态

望动态，主要是观察病人的动静姿态及与疾病有关的体位变化。

病人的动静姿态和体位，都是病理变化的外在反映。不同的疾病，表现出不同的姿态和体位。由于病证是复杂的，其表现的体位姿态也多种多样，其诊断要点是“阳动阴静”，即动而不安者多属阳证，静而安稳者多属阴证。

（1）体位：卧时面常向外，身轻自能转侧，躁动而喜揿衣被，多为实证、热证。卧时面喜向里，身重不能转侧，静卧少动，喜加衣被，多为虚证、寒证、湿证。卧时头身前屈蜷缩成团，衣被重复，或喜加衣被，向火取暖，多为寒证。卧时仰面伸足，常欲揭去衣被、不欲向火者，多为热证。但卧不能坐，坐则昏眩，多为气血俱虚。

坐而仰首，喘粗痰多者，多为痰涎壅盛的肺实证。坐而俯首，气短懒言，多属肺气不足。心悸浮肿，坐而不得卧，卧则气逆，多是心阳不足、水气凌心。咳逆倚息不得卧，每发于冬季的，多是内有伏饮。

坐卧不安，多为烦躁之证。

（2）姿态：“护处必痛”，因此观察病人因疼痛而护持的特殊姿态，可以帮助判断疼痛的部位：一般病人两手护持乳前、唯恐触碰者，应考虑是否有乳痈。手按脘部，多是正在胃痛。手托腮部，多是正在牙痛。背弯曲而两肩下垂的，多是胸中有病。坐起时以手扶物、或腰脊不能转摇的，多是腰

部有病。不耐久立，行走时身体震动不安，多是骨有病。行走动作、突然停止，以手护心者，多为真心痛。蹙额捧头、俯不欲仰，多正头痛。伏首遮目而畏光，多为目疾。

(3) 异常动作：恶寒战栗见于疟疾发作，或是外感病邪正剧争，欲作战汗的征兆。眼睑口唇或五官指趾不时颤动，急性病为热盛动风先兆、慢性病为血虚筋失所养的虚风。手足拘挛、屈伸不利，为肝病筋急，或为寒凝筋脉，或为血伤筋失所养。项背强直、角弓反张、四肢抽动是肝风内动、破伤风、小儿惊风等风证，或是痉证、痫证、狂犬病。一侧手足举动不遂、或麻木不仁、或口眼歪斜，是中风偏瘫。手足软弱无力、行动不灵，是痿证。一侧手足疼痛而肌肉萎缩，多为风邪耗血、血虚邪留。卒然昏倒而呼吸自续、移时可醒，多为厥证。关节疼痛、屈伸不利，见于痹证。

此外，头倾难昂、凝神熟视，多为心肾大伤、精神衰败；而循衣摸床、撮空理线，则也是精神衰败的危重表现，均属失神之象。

（二）色诊

1．概念

色诊，是通过观察病人颜面五官的气色变化以了解病情的诊断方法。

早在公元前180年以前的春秋战国时期，我国医家就已经积累了丰富的色诊经验，据《史记·扁鹊仓公列传》等记载，当时的名医扁鹊、仓公等均有高明的色诊技术，“知人死生、决嫌疑、定可治”。并言及公乘阳庆给太仓公淳于意“传黄帝扁鹊之脉书，五色诊病”，可见当时已有专书。《黄帝内经》提出：“五色微诊，可以目察。”系统总结了常色、

病色、病气、色部等有关理论与实际技术，标志色诊已自成系统。以后代有发展。徐春圃《内经要旨》、陈念祖《灵素节要》均专列色诊一类，足见色诊是中医诊法的重点内容之一，始终与脉诊并列，反映了中医的传统经验与特色。

但是，中医色诊的宝贵资料，一直散载于历代医籍中，亟待发掘整理。故中医学会原副会长任应秋教授强调："望头面气色来分析内在的病理变化，是有其物质基础的，很有加以研究提高的必要。"

2.原理

面部之所以能成为病变的反应部位，主要决定于面部与脏腑经络的内在联系。

人的生命活动以脏腑为中心，而"气由脏发，色随气华"（《四诊抉微》），面部气色是脏腑气血之外荣，脏腑居于内，颜面显于外，不仅心之华在面，其它脏腑亦可通过经络联系于面。正如《灵枢·邪气脏腑病形篇》所谓："十二经脉，三百六十五络，其血气皆上注于面而走空窍。"因而，颜面五官的气色变化可以反映脏腑精气的盛衰。汪广庵提出："五色形于外，五脏应于内，犹根本之于枝叶也……故有病必有色，内外相袭，如影随形、如鼓应桴。"正是据此而言。

3. 意义

(1) 辨察正气强弱：《素问·脉要精微论》说："夫精明五色者，气之华也。"清·潘硕甫亦云："气至而后色彰。"可见气色是人体正气的外露征象，故通过辨察气色的变化可以推断正气的强弱。《灵枢·五阅五使篇》之"五色之见于明堂，以观五脏之气"，更进一步提出观察目的系以五脏之气

为主。

(2) 分析疾病性质：中医总结了不同性质病证所反映色泽变化的规律性，善于从五色变化入手，测知机体内部的变化，分析判断疾病的性质。如《素问·举痛论》："视其五色，黄赤为热、白为寒、青黑为痛。"即其一例。

(3) 审测病变部位：中医还通过面部不同部位气色的变化以确定病变之深浅。《灵枢·五色篇》云："沉浊为内，浮泽为外。"即以浮沉别内外。而《卫气失常篇》以眉、唇、目、耳等处气色的变化推断形体病变浅深层次。《灵枢·五阅五使篇》还揭示了气色变化与脏腑病变的关系。"色部"更是病位诊断的主要依据。

(4) 指导疾病治疗：《素问·玉版论要篇》提出："容色见上下左右，各在其要。其色见浅者，汤药主治，十日已。其色见深者，必齐主治，二十一日已。其色见大深者，醪酒主治，百日已。色夭面脱、不治，百日尽已。"即依色之深浅采取不同的治法。《素问·刺热篇》云："病虽未发，见赤色者，刺之，名曰治未病。"又认识到某些气色可先于临床症状而出现，可指导未病先防。

(5) 判断疾病预后：了解疾病进退顺逆的趋势，是临床上重要的一环。中医充分运用色诊的特长，作为判断的重要依据。除以浮沉、散抟以及抟色的部位变化来判断疾病进退以外，重视以气色变化推测预后。大凡气色明亮润泽含蓄者为顺，预后多良。晦暗枯槁暴露者为逆，预后多凶。

通过上述可见，色诊可以为病证的定性、定位及其预后，提供一定的诊断依据，具有重要的临床意义。因而，色诊始终为历代中医学家所重视。早在《内经》中就已提出：

"见其色，知其病，命曰明。"《难经·六十一难》将四诊并列，提出："望而知之谓之神，闻而知之谓之圣，问而知之谓之工，切而知之谓之巧……望而知之者，望见其五色以知其病。"推崇望色为最高明的诊法。历来常将色诊脉诊并举，往往以色脉相参而决断病情。针对世人只推崇脉诊的不良倾向，许多医家进一步强调色诊的临床意义更为重要。如《千金翼方》曰："夫为医者，虽善于脉候，而不知察于气色者，终为未尽要妙也。故曰上医察色、次医听声、下医脉候……所以善为医者，必须明于五色，乃可决生死、定狐疑。"清代官修教科书《医宗金鉴》曰："医家造精微、通幽显，未有不先望而知之者。近代唯事切巧，不事望神，大失古圣先贤之旨。"

4. 方法

由于正常人面部气色多种多样，差别很大，患病后的气色变化又较轻微，所以《内经》称色诊为"五色微诊"，认为比较难于掌握，刘完素亦说："五色微诊而以目察尤难。"为及时准确地发现病人气色的轻微变化，临床应尽可能创造条件，采取适当的方法。

（1）留意观察、积累经验：平素应多留意观察不同年龄、性别、职业、禀赋的正常人，积累起对我国正常人面部气色变化的感性认识，《灵枢·五色篇》称之曰："积神于心，以知往今。"华佗尝谓："人面之色但改其常者，即为病矣。"（见《四诊抉微》）积神于心，便可逐渐形成判断正常、异常气色的的标准，临床见到病人，才能迅速发现异常。

（2）精神专注、认真细致：色诊是比较精巧的技术，因

此临床之际，必须精神专注，认真细致地进行观察，进而确定其临床意义，绝对不能草率从事。故《灵枢·五色篇》提出所谓："相气不微，不知是非。属意勿去，乃知新故。"《望诊遵经》强调所谓："气色之道精深、不容率意。""神凝志壹，始可融会贯通。"

（3）光线充足、柔和自然：光线如何，对视觉有重要影响，因而色诊对光线的要求比较严格，应该采用充足的自然光线，争取在白天的间接日光下进行，必须避免使用非自然光线、有色光线，或光线过弱过强，或周围环境色彩反光过强，否则易于发生误诊。

（4）病人宁静、除外假象：面部气色可受多种因素影响而发生改变。因此，病人身心均须宁静，以尽量避免这些变化。故《望诊遵经》谓："望色还须气息匀。"周学海又说："相法必须天明初起，未盥未食之时。"因为日晒、风吹、雨淋，生垢，以及胭脂、宫粉、油脂等化妆品均可造成假象，这些变化"过在肌肤，而无与于内脏"（《形色外诊简摩》），必须排除。

（5）远近结合、分步进行：为便于全面观察，临床色诊一般分两个步骤进行。

第一步是远距离整体观察：周学海谓："凡诊面色，以远望而乍视之，为能得其真。"提出远望的必要性。据《灵枢·五色篇》记载，远望的具体距离是："去之十步以外"。蒲辅周先生也强调"望患者之神色，要在自然光线下，距离十步左右，方可见真"。远距离色诊的重点是病人颜面总的气色及五官的位置形态。

第二步是近距离分部观察：近距离即一般诊病距离，根

据脏腑色部，按照一定顺序依次进行。个人经验是：先沿两内眦垂线从眉心至上唇，（肺、心、肝、胆、脾、胃、胞），再从右颊沿弧线横过鼻梁至左颊（肾、大小肠），然后从下颏按顺时针方向依次观察右颊→前额→左颊等部位，包括五官。养成按一定顺序色诊的习惯，既迅迅，又可以防止遗漏。远望时发现异常的部位，尤应加倍注意、详细观察、分析比较。

5．常色

《望诊遵经》提出：“凡欲知病色，必先知常色。”

我国多数民族人的面色是红黄隐隐，明润含蓄。这是精气内充、脏腑和调的外部表现，称为常色。

在常色的各种因素中，以“有胃气”、“有神”最为重要。有胃气，是指面色微黄，隐约含蓄而不暴露；有神，则是指面部明亮、润泽。

常色又有主色、客色和变色之分。

（1）主色：由于种族、民族、禀赋、体质不同，人群中每人的肤色包括面色都是不完全一致的。但每个民族都有自己基本的肤色。我国多数民族属于黄种人，一般的面色都微黄，所以古人以黄为“正色”。在此基础上，有些人偏白，有些人偏黑，有些人稍红，有些人稍青，这均属于个体的禀赋特征，终生不变。此即《医宗金鉴》所谓：“五脏之色，随五行之人而见，百岁不变，故为主色。”因而，凡正常黄色或偏某种颜色的，只要终生不变，都可以称之为主色。

（2）客色：每个人的面色也不是一成不变的。人与自然相应，“五色更出以应五时”（《灵枢·五阅五使篇》），故“凡观五色之肤，当审四时之变（汪宏）”。面色随四季

时令转换发生的轻微变化，古代称为“客色”。此即《医宗金鉴》所谓：“四时之色，随四时加临，推迁不常，故为客色也。”

(3) 变色：除季节气候可影响面色外，因地理环境、生活习惯、工作条件、职业性质，以及年龄、饮食、劳逸、情绪，乃至昼夜阴晴等影响，也会使面色发生一定程度的生理变化，汪宏称之为“变色”，亦属于常色的范围。

如：酷热严寒使人面黑，室内工作使人肥白，年老者色多憔悴，年少者色多润泽，饮酒者色赤或青白，饮食后色华益泽，腹饥则色减少华，久卧者色多壅滞，失眠者色或浮赤，用力者面色红赤，气怒面色多青，恐惧色脱面白，心愧面赤或乍赤乍白等等，莫不皆然。

对于这些变色，前人强调：“固可因其气色未定而知之，然必待其气色以定而诊之。”尤应注意使病人宁静后再进行色诊。

6．病色

病人面部呈现出的异常色泽，称为病色。

我国古代医学家根据中医理论和传统经验，将病人面部出现的颜色分为青、赤、黄、白、黑五色，作为辨色的纲要，所以色诊又称为“五色诊”。

病证不同，病人面部所呈现的颜色也各有不同。我国古代医学家通过长期大量的临床实践，发现了不同的病色反映着不同的病证这一客观规律。认为这五种病色既各与特定脏腑的病变有关，又往往由一定性质的病邪所引发。如《灵枢·五色篇》说：“以五色命脏，青为肝、赤为心、白为肺、黄为脾、黑为肾。”是不同病色反映特定脏腑病变的规律。同

篇又说："青黑为痛、黄赤为热、白为寒。"则是不同病色反映特定病性的规律。临床将这两种规律结合运用，对中医的辨证论治确有重要的指导作用。

兹将五色主病意义及其临床常见病证。择要介绍如下：

（1）青色

【主病】 青色主肝病、瘀血证、寒证，疼痛、惊、风等亦常见青色。

【机理】青色为经脉阻滞、气血不通之象。寒主收引，寒盛而留于血脉，气滞血瘀，故面色发青。疼痛多由经脉气血不通而致，故痛亦见青。肝主疏泄，肝病气失疏泄，血脉不得疏通而瘀滞，故亦常见青色。肝病血不养筋，则肝风内动，故惊风搐搦、其色亦青。

【举例】 面色青黑或苍白淡青，多为阴寒内盛、胸腹疼痛。

面色青灰、口唇青紫、多为心气不足，心血瘀阻。

青中带赤，往往是肝火上炎。青赤而晦暗，多是肝郁化火。

面青而赤，目珠微定，多为热盛动风；面色青白，多主虚风。

小儿鼻柱、眉间和口唇四周出现青色，平时多为内热；高热时见之多为惊风先兆。若面色发青，其兆更为明显，一般很快抽搐。

（2）赤色：在古代，朱、赤、红是三种不同的颜色。朱深于赤，赤又比红色深，红则专指桃红或粉红等浅红色。阅读医籍时，应予注意。

【主病】 赤色主热证。热有虚实真假之分。

【机理】 热盛血行，则皮肤脉络血液充盈，血色充溢，故颜面呈现赤色。

【举例】 如赤色深浓，部位广泛，时间持续，即持续性满面通红，“缘缘正赤”，“面赤如醉”，为实热证，多见于新病。

如红色浅淡，部位局限，时间不持续而发有定时、状如潮水，多在午后颧红，为虚热证，多见于久病。

如久病重病患者面色苍白，而浮现娇嫩鲜艳的红色，部位游移不定，即“面赤如妆”，则是真寒假热，虚阳浮越于上的“戴阳证”，属危重证候。

（3）黄色

【主病】 黄色主脾虚、主湿证。

【机理】 黄色是脾虚、湿蕴的征象。脾虚失运，生化之源告乏而气血不充；或水湿不化，湿蕴脾胃肌肤，故面现黄色。

【举例】 面色黄而虚浮，称为“黄胖”，多因脾气虚衰，湿邪内阻。

面色淡黄、枯萎无泽，称为“萎黄”，常见于心脾气血两虚。

黄而枯瘦，多为脾胃虚衰。

面目身体俱黄，称为“黄疸”。其中黄而鲜明如橘子色者多为湿热“阳黄”，黄而晦滞如烟熏者为寒湿“阴黄”。

色黄晦滞，多兼瘀血。若苍黄而见红纹红点，形如蟹爪、蛛蚓者，多为臌胀，乃脾虚肝郁、血瘀水停所致。

小儿面黄肌瘦，或面黄浮肿，腹大青筋，为疳积。

若印堂、准头等处色黄明润，是胃气恢复，病有转机。

若黄而枯夭则是胃气虚衰，病属难治。

（4）白色

【主病】 白色主虚证、寒证。

【机理】 白色是气血不足的现象。凡气虚无力运血、血虚不能充盈于脉，面色皆可变白。寒主收引，虚寒寒实之证血脉收缩，面色亦可变白。

【举例】 白而色淡，是脾胃虚寒。晄白虚浮，多属阳气不足、水湿内停。体肥色白，多有痰湿。病中突然面色发白、冷汗淋漓，常属阳气暴脱。

苍白消瘦、或黄白无华，多为营血亏损。

面色苍白，还可见于里寒痛剧，或恶寒战栗之时。

（5）黑色

【主病】 黑色主肾虚、瘀血、水饮。

【机理】 黑色是阳气虚衰、气血瘀滞的重病。肾阳虚衰、水寒内盛，血脉失于温养而拘急，血液运行不畅而瘀滞，故面现黑色。肾阴不足，虚火内蓄，血枯不荣，面色亦黑。

【举例】 额黑、颜黑为肾病。

面黑干焦消瘦，多为肾精久耗，或有虚火内蓄。

面黑暗淡，或兼虚浮，多为肾阳不足。

黑而暗滞，甚则肌肤甲错，常兼瘀血。

目眶周围暗黑，或为瘀血，或为肾虚水泛之水饮，或为寒湿下注之带下。

前额色黑而聚、或环口黧黑，都是危重的证候。

7．病气

中医色诊，除了观察“色”的变化以外，还非常重视“气”的病理变化。

气与色不同。《中国诊断学》所谓："隐然含于皮肤之内者为气，显然彰于皮肤之表者为色。"就是强调气与色的不同表现。《望诊遵经》对二者作过明确说明，提出："夫光明润泽者，气也；青赤黄白黑者，色也……合言之而气色之见不可离，分论之而气色之变不可混。"

可见，"气"包括明亮和润泽两个方面。正如《身经通考》所谓："夫五色有光，明亮是也，五色有体，润泽是也。"这两个方面，反映着人体精气的盛衰，即明亮为神气旺盛的表现，润泽为精血津液充足的征象。所以《望诊遵经》提出："光明者神气之著，润泽者精血之充。"

除光明润泽以外，中医还非常重视色之含蓄。《灵枢·五脏生成篇》提出五色皆应如以缟（白绢）裹。《医编》云："色为精神所发见，欲藏不欲露，故如缟裹。若露则为脏气失守，精气外浮，中脏告竭矣。"则阐明了气色含蓄的机理是不欲气泄。

《内经》提出："气至色不至者生，色至气不至者死。"认为临床观察病人"气"的变化对判断病情轻重、推测预后好坏有重要意义，正是基于这个原因，《灵枢·五色篇》提出："审察泽夭，谓之良工"。把审察气的变化，提高到很重要的位置。

具体而言，气的病理变化主要有浮沉、清浊、微甚、散抟、泽夭十种。这是在《内经》色诊理论基础上发展起来的，《望诊遵经》称之为"相气十法"，提出："欲识五色之精微，当知十法之纲领。"

（1）浮沉：观察浮沉变化，可以判断病位深浅。

色泽浮现于皮肤之间为浮。浮为病在表，病位较浅。

色泽沉隐于皮肤之内为沉，沉为病在里，病位较深。

浮沉是可以变化的，其变化可以反映病位的变化：初浮后沉是病从表入里，初沉后浮是病自里出表。

（2）清浊：观察清浊变化，可以判断病情轻重。

清是色泽清明，主病轻。

浊是色泽浊暗，主病重。

清浊也是可以变化的，其变化可以反映病情的变化：从清转浊标志病情由轻变重；从浊转清，说明病情由重变轻。

（3）微甚：观察微甚变化，可以判断邪正虚实。

微是色泽浅淡，为正气虚之象。

甚则色泽深浓，为邪气实之征。

微甚同样是可以变化的，其变化可以反映邪正斗争力量对比的变化：自甚而微为正气渐衰或先实后虚；自微而甚，则正气渐复或先虚后实。

（4）散抟：观察散抟可以判断邪气是否凝聚，病情是轻是重。

散是色泽均匀分散，多是新病或轻病，邪气未聚而易治。

抟是色泽聚集一处，多是久病或重病，邪气已聚而难除。五色死证，多已抟聚。

病情发生变化，散抟常随之而转变：先抟后散的，病虽久将解，是病情好转；先散后抟的，病虽近而渐聚，是病情转重。若色抟不散，即使临床症状暂时缓解，但很快会复发或恶化。

（5）泽夭：观察泽夭可以判断预后生死。

泽是润泽，病轻主生。

夭是枯槁，病危近死。

泽夭也并非不能转变：经积极正确治疗，将夭者可以渐泽，是病有生机；若迁延失治误治，亦可从泽转夭，标志病趋严重或近死亡。

总之，气色有善恶之分。善色的特征是明亮、润泽、含蓄。恶色的特征是晦暗、枯槁、暴露。《素问·五脏生成篇》用取类比象的方法，列举出许多自然界的事物作为模型，以形容五色善恶。《素问·脉要精微论》也做过类似描绘，均为后世所推崇。兹列简表、以供参考。

五色善恶简表

	善色	恶色
青	以缟裹绀、苍璧之泽，翠羽	草兹、蓝
赤	以缟裹朱、帛裹朱、鸡冠	衃血、赭
黄	以缟裹栝楼实、罗裹雄黄、蟹腹	枳实、黄土
白	以缟裹红、白璧之泽、鹅羽、豕膏	枯骨、垩、盐
黑	以缟裹紫、重漆色、乌羽	炲、地苍、炭

气色善恶与疾病预后有密切关系：善色预后多良，恶色预后多凶，故古代也将恶色称为夭色。

8．色部

《灵枢·五色篇》云：“五色之见也，各出其色部”，“五色各有脏部”，“五色各见其部。”《素问·举痛论》说：“五脏六腑，固尽有部。”均提出在整体观察的基础上，应当进一步观察“色部”。故《素问·阴阳应象大论》，“善诊者察色……审清浊而知部分。”

所谓色部，是指脏腑及形体肢节分属于面部的特定色诊部位。故王冰云：“部分，谓脏腑之位，可占候处。”它是古人根据有诸“内必形诸外”的道理，结合长期的临床经验逐步总结出来的。颜面不同部位分别反映特定脏腑病变，是色诊的基础。由于气色和色部结合起来，不仅可以定性，而且可以定位，所以通过望色部，能更进一步了解病情。因此《灵枢·五色篇》强调：“当明部分、万举万当。”《望诊遵经》也提出：“明堂察色，以脏腑部位为体，以气色诊法为用。故分观之，可以视其常；合参之，可以通其变。”“既知气色之主病，当知部色之主病。夫而后可因部位气色之所主，以言脏腑经脉之所病。”故称之为“气色门户”，以彰其发露于外、显而易见。

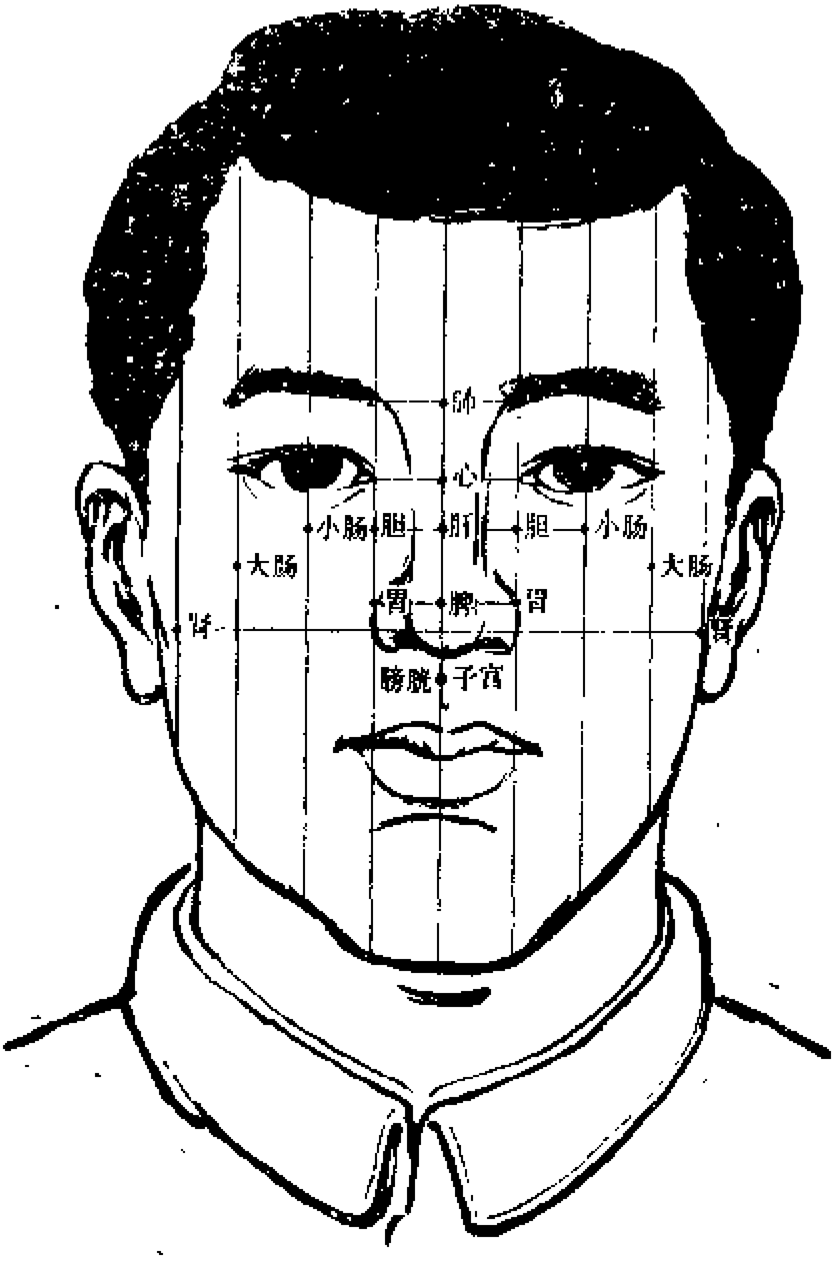
在历史上，虽然对色部的具体部位有一些不同的认识，但主要的三种色部基本依据《内经》，兹择要介绍如下：

（1）明堂色部：明堂者，鼻也。《灵枢·五阅五使篇》指出：“五色之见于明堂，以观五脏之气……脏腑之在中也，各以次舍，左右上下，各如其度也。”《灵枢·五色篇》进一步指出：“五色独决于明堂乎？……五脏次于中央，六腑挟其两侧。”这是以明堂即鼻部为中心的色部配属原则。

依据这一原则，《灵枢·五色篇》以面部中央部位分候五脏，六腑分挟于两旁，其余头面咽喉胸背四肢等各向上下内外依次排列，过色部进行详细论述，成为后世明堂色部配属的主要依据。该篇记载脏腑色部云：“阙中者肺也。下极者心也。直下者肝也。肝左者胆也。下者脾也。方上者胃也。中央者大肠也。挟大肠者肾也。面王以上者小肠也。面王以下者膀胱子处也。……此五脏六腑肢节之部也。”由于经文

中对具体部位记载比较粗略，加以后世的色部图往往随图标字、不够精确，所以历代对个别脏腑的色部有不同理解。

临床经验表明，每个病人气色变化的范围大小不同，同一病人的气色也随病情变化而有范围大小的改变，因此划分并标示出具体色部是相当困难的。据多年来大量临床病例观



脏腑色部中心图

察色部总有一个中心。病色的出现虽有范围大小的不同，但或聚或散，总是围绕在此中心周围。掌握了这一中心所在，辨认色部较为准确可靠。兹在综合前人论说的基础上，结合个人的临床体会，将脏腑色部中心列成图（详见24页）以便学习记忆和临床应用。

【说明】 人的面部宽度大约相当于五个眼宽，因而，恰好可以通过正中线，内眥垂线、瞳孔垂线、外眥垂线、太阳穴垂线竖分为十个近似等份。若与眉内侧端连线、目内侧端连线、颧骨连线、鼻翼中央偏上1/3连线、鼻翼基底水平线组成座标，则脏腑色部中心点，基本均位于横竖座标线的交点上。

肺：前正中线与两眉内侧端连线交点。

心：前正中线与两眼内眥连线交点，正当鼻梁骨最低处。

肝：前正中线与两颧骨连线交点，正当鼻梁骨最高处或略下处。

脾：前正中线与鼻翼中央偏上方连线交点，正当鼻尖上方、鼻端准头上缘正中处。

膀胱、子宫：前正中线上，人中沟上1/3与下2/3的交界处。

胆：目内眦垂线与两颧骨连线交点，肝部两侧，相当于鼻梁骨外缘偏下方、下缘尽处。

胃：目内眥垂线与脾水平线交点。脾部两侧，相当鼻翼中央偏上方。

小肠：两目直视，瞳孔垂线与两颧骨连线交点，颧骨内侧缘处。

大肠：目外眥垂线上，颧骨下缘处。

肾：太阳穴垂线与鼻翼基底水平线交点。

相关脏腑病变的传聚之色，常以该脏腑色部中心点为中心呈现气色变化，大小方圆，各如其形。

（2）面貌色部：《素问·刺热篇》提出：热病从部所起者，肝热病者左颊先赤，心热病者颜先赤，脾热病者鼻先赤，肺热病者右颊先赤，肾热病者颐先赤。”以面部的额颜（上）、鼻部（中）、颐部（下）、左颊（左）、右颊（右），分属心脾肾肝肺，诊察热病即外感病所在脏腑，故名面貌色部或热病色部。因为外感病都是自表入里，有一定传变规律，所以有时可能提前在有关色部出现赤色，掌握这一规律，有利于提前控制疾病发展，对“既病防变”，有重要意义。

实际上，不仅外感病内传脏腑可在有关色部出现赤色变化。内伤病病发内脏，有时也可在面貌色部出现气色变化。如实热证颊赤，久病的额颊晦暗，等等，莫不皆然。尤其小儿皮肤细嫩、气色分明，又多寒温失宜、饮食失调之候，应用更为广泛。所以钱乙在《小儿药证直诀》中即明确提出小儿色诊面貌色部的配属规律为：“左腮为肝，右腮为肺，额上为心，鼻为脾，颏为肾。”此后，面貌色部便一直为儿科所习用。

（3）五官五阅：《灵枢·五阅五使篇》还提出：“五官者，五脏之阅也。”阅者，见于外而历历可查之义。五脏藏于中，五官见于外，内外相应，所以五脏有病常反应于五官，五官做为五脏之窍，也能各候其脏之病变。故该篇曰：“鼻者肺之官也，目者肝之官也，口唇者脾之官也，舌者心之官也。以官何候？以候五脏。”

临床往往以五官五阅作为明堂色部的补充，两者相参，以断病情。如“肺病者喘息鼻张，肝病者眥青，脾病者唇黄，心病者舌卷短颧赤，肾病者颧与颜黑。”再借鼻白、眥青、唇黄、舌赤颧黑之微甚，则五脏虚实自明。

此外，古人还常借五脏与五体的联系以推测疾病的浅深层次。如《灵枢·卫气失常篇》提出：“何以知皮肉气血筋骨之病也？……色起两眉薄泽者，病在皮。唇色青黄赤白黑者，病在肌肉。营气濡然者，病在血气。目色青黄赤白黑者，病在筋。耳焦枯受尘垢，病在骨。”《史记·扁鹊仓公列传》所载扁鹊望出齐桓候的病色由浅入深、由表入里，自腠理、血脉、肠胃、骨髓，终于不治，其方法虽已难于考证，但却与本篇记载类似。

总之，色部是色诊的基础，诊断定位的依据，虽有数种，似不统一，但各有所据，又都有实际价值。应当互相参考、综合分析判断。既应与总体气色结合，又当与四诊合参，而不能过于拘泥，胶柱鼓瑟、刻舟求剑。

9．妇女气色

妇女独具胞宫，一生有经带胎产乳等特殊生理病理变化。因此，女子的气色，也有一些区别于男子的独特表现。

（1）经带：妇女月经发生经期、行经日数、经量、经色、经质等方面的异常变化，气色多有相应改变，可以通过色诊察知。

妇女面现青色，或为肝气郁结，或为肝强脾弱，是月经失调的常见面色，或表现为月经先后无定期，或表现为经前期乳房胀痛。若色青兼赤，为肝郁化火，常见于月经先期或量多。若青紫晦暗则为瘀血停滞，常见于痛经、经闭、月经

间期出血或癥瘕。

面色红赤为热证。热有虚实，但热迫血行常表现为月经先期、量多、经期延长或崩漏等证。

面色萎黄不泽，或为血虚，或为心脾气血两虚，常见于月经过少、后期、经闭等证。若属脾虚不能摄血，还可能表现为崩漏。

妇女面白，亦为气虚或血虚。若皖白而形体肥胖，多为气虚兼痰，可见于月经过多、先期或带下。若面色淡白、爪甲色淡而形体消瘦，则属营血不足，可见于月经过少、后期或经闭。色白而两颧嫩红，则属阴虚火旺之象，常见于月经先期或闭经等症。

妇女面色灰黑晦暗为肾气虚衰，亦常见于闭经及带下，还可见于月经先后无定期。目眶下青黑，或眼眶周围暗黑，多为瘀血，凡血崩、月经不调、寒湿带下等病多见之。

（2）胎产：妇女怀孕以后，在额及两侧面颊能形成对称的黯褐色斑点，因形状多类似蝴蝶状，故称蝴蝶斑或妊娠斑，属于妊娠期间的正常征象，多在分娩后自然消退。

妇女月经止而不行，常需辨别是瘀血阻闭还是妊娠而致，此时可参看唇周及上唇之色：若环唇色青或上唇青紫为瘀血，而唇四白气色润泽或上唇红润，则多为妊娠征兆。

古代医学文献还提出据色诊以辨男胎女胎的方法。怀男胎者多面色加红或左目下赤，或左耳三角窝处见赤白珠。怀女胎者多面色少红，或右目上下发青。而妊妇沟洫常青，往往是双生的征兆。

中医认为，妇女妊娠后的某些气色变化能提前显示孕妇可能发生难产。有时，还可通过面色舌色合参以推断难产

时、或妊娠期患外感病时母子的吉凶生死。

根据古代医籍记载，难产的征兆在色诊的主要表现包括：①孕妇气色乍明乍暗。②额上起红点如火。③准头赤若发火。④目下赤色似虫形。而妊孕目上色青，主生女而又难产。

妇人临产或难产之际，当以面色舌色相参。其原则是：面以候母、舌以候子，色红润泽者安，色青败恶者死。若产妇面青舌青，口吐涎沫大出不止者，为母子俱死之征。面唇见青色而舌赤者母死子活。唇面俱赤如常，独舌青者子死母活。除此以外，也有面舌俱白而不泽，症候险恶而死者。一般认为：产母口边有白色，难产死亡日期较近（多在五、七日内）；而天中发黑，年上，两颧或命门上发赤色应之者，死亡日期略远（分别为三十日内、六十日内、一百日之内）。

上述记载，反映了古代医学家的色诊经验，对临床也有一定的指导意义。当然，尚有待于在妇产科大规模临床实践调查中，做系统的数理统计，通过现代科学手段，进一步加以检验判断。

10．小儿气色

林之翰云："望诊在儿科尤为切要。口不能言，古称哑科，以其无从发问，而穷诘病因，惟赖望色窥纹以验证，实难事也。"小儿正在发育时期，脏腑娇嫩，形气未充，有自己的生理病理特点，某些疾病为小儿所独具。因而历代医籍有不少小儿色诊资料，值得学习、借鉴。

小儿面色发青，主惊、风、痰、痛及瘀证、唇周、鼻柱，或全面色青暗滞，为惊风癫痫之兆。忽然眉间青紫、肝风立见。天庭青暗或风池色青亦主惊风。卒然面青气促或两颊色

青，为惊悸客忤。初生儿眉青脸赤或面青口撮则属脐风。色青蹙眉或阵啼多为腹痛。面色青白、肢冷腰曲者多为脾寒吐泻、不欲吮乳。印堂青多胎惊胎热、腹痛夜啼。山根青或青脉横截山根多乳食积滞。山根之上有青筋直见或横见则属肝热之征。面唇青紫、呼吸急促或喘嗽目瞪，为肺气闭塞、气血瘀阻。总之，小儿色青，病情多急且重，尤其是太阳色青，或环口青黑、青遮口角者，尤其危重难治。

红赤主热，但新生儿嫩红为常色，小儿面色多白里透红或红润明亮，亦属常色。若新生儿头面肢体赤若涂丹，为胎赤。面目红赤，或两脸赤色，或青紫筋脉散见面部为外感风热。面赤唇红、身热脉洪为里热炽盛。山根之上有红筋直见或斜见者为心热。面赤兼青，目窜斜视属惊风。颊红肌肉焦枯或午后颧红属阴虚内热。如两颧浮红娇嫩、肢厥脉微，为真寒假热之戴阳证，不可误作真热错治。小儿面赤发热，耳后红筋隐现、涕泪喷嚏、四末独冷者，则为麻疹之先兆，其颊粘膜必有白色小点，周围红晕环绕。

小儿色黄，以疳积、脾胃病、湿证、虫证为主。体现了幼儿脾胃功能尚弱、虫易寄生的特点。新生儿面目遍身金黄，可自消退为胎黄。小儿黄色鲜明不退为湿热阳黄。黄色晦暗为寒湿阴黄。青黄多肝脾不和，乳食停滞。面色萎黄，白眼珠上有蓝灰斑点、下唇内半透明粟粒状物，面现白斑等多为虫证之征。若萎黄无华、肌瘦腹膨则属疳积。若黄筋见于山根、不拘横直、均为脾胃病。承浆色黄主吐逆。新生儿眼角鼻头色黄而口噤者为脐风。

白色主虚主寒。晄白虚寒。晄白浮肿阳虚水泛。惨白肢厥阳气暴脱。印堂色白而淡，属脾虚泄泻。面色淡白无华则

属血虚。

小儿面现黑色，病情多重，主肾病、瘀滞或水饮。面色焦黑为热重。青黑为阴寒凝滞疼痛。面色或鼻孔黑如烟煤为中恶腹痛。印堂青黑为脾气虚寒，腹痛夜啼。承浆青黑主惊风搐搦。天庭或太阳色黑或全面惨暗不华，主病危恶。

以上资料，临床需与望形态、审苗窍相结合，才能全面了解病情、做出正确诊断。

（三） 舌诊

1．概念

舌诊又称望舌，是通过观察患者舌象变化以了解病情的方法。它是中医诊法的重要内容，也是中医识别病证的主要依据之一，并体现着中医诊病的传统经验与特色。

2．原理

望舌为什么能诊断疾病？这是因为舌与脏腑经络有密切的内在联系，这种联系体现在生理病理两个方面。

（1）舌为心之苗，又为脾之外候：《灵枢·脉度篇》提出：“心气通于舌……脾气通于口。”心开窍于舌，其气血上通于舌，所以舌能反映心气心血的盛衰，中医称舌是心脏显露于外的一个苗窍，即所谓“舌为心之苗”。口为脾窍，舌位于口内而司味觉，因此舌与脾胃的关系也极为密切。脾胃的运化情况能反映于舌，故称“舌为脾之外候”。

舌为心之苗，而心为五脏六腑之大主，舌为脾之外候，而脾胃为后天之本，后天精气的盛衰关系五脏六腑的功能活动。所以舌象除了能反映心脏气血的盛衰和脾胃的运化情况以外，也能反映五脏六腑功能活动的情况。故唐容川说：“舌为心之苗而居口中，脏腑之气发于口者多着于舌，故察

舌苔可以诊知脏腑诸病。”

（2）经络联系：据《内经》记载，手少阴心经的别络“系舌本”，足少阴肾经之脉“挟舌本”，足太阴脾经之脉“连舌本”、“散舌下”，足厥阴肝经“络舌本”。此外，足太阳经筋结于舌本，手少阳经筋入系舌本。厥阴结于玉英、少阴结于廉泉。经脉内系脏腑，又是气血运行的通路，所以人体脏腑、气与精血津液的虚实，疾病的浅深轻重变化，都能反映于舌。

3．意义

舌与脏腑经络有密切的内在联系，因此在疾病的发展过程中，舌象犹如脏腑的一面镜子，变化迅速而又明显可见，确能客观地反映人体脏腑的虚实、气血的盛衰、津液的盈亏、病邪的性质、病位的深浅、病情的进退，以及判断病证的转归与预后。因而能较为客观地反映病人的病情，可作为诊断疾病、了解病情发展变化和辨证论治的重要依据。尤其是对外感热病、脾胃病和血液病，舌象变化尤为显明可据。故杨云峰说：“即凡内外杂证，也无一不呈其形著其色于舌。据舌以分虚实，而虚实不爽焉；据舌以分阴阳，而阴阳不谬焉；据舌以分脏腑，配主方，而脏腑不差，主方不误焉。危急疑难之顷，往往证无可参、脉无可按，而惟以舌为凭。妇女幼稚之病，往往闻之无息、问之无声，而惟有舌可验。”

4．舌的分部

（1）舌质舌苔：舌可分为舌质舌苔两部分。

舌质即舌的本质，包括舌的肌肉和脉络组织等，又称“舌体”，为脏腑经络精气所荣。其形体、动态、色泽都是

望诊的具体内容。

舌苔是舌体表面的一层苔状物，生理舌苔为胃气上蒸所生，而病理舌苔则是胃气挟邪气上蒸而成。望诊时着重观察其色泽与形态。

中医认为，舌质能反映脏腑的虚实寒热，舌苔能反映胃气虚实及邪气的浅深性质。二者互相补充，互为印证，就可以了解病变的性质以及邪正双方力量的对比。

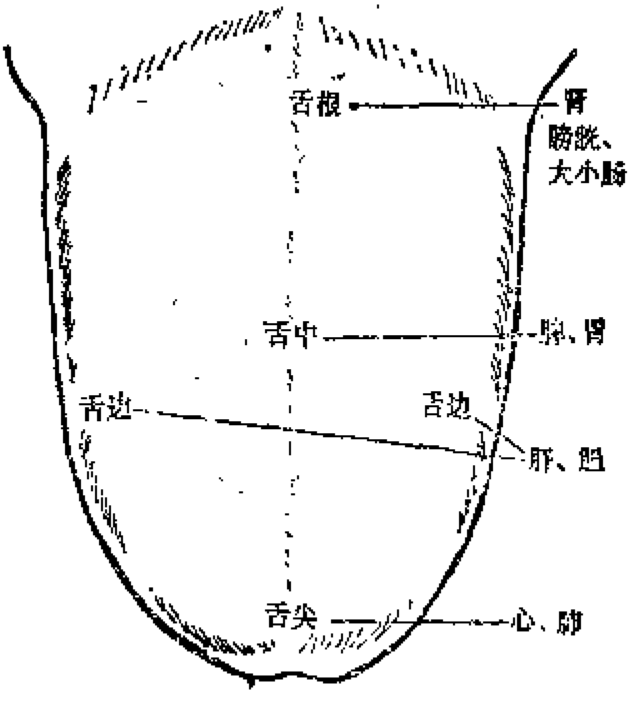
(2) 脏腑分部：我国古代医学家在长期的临床实践中，还发现舌的一定部位与特定脏腑相联系，并反映相关脏腑的病理变化。因而将舌面划分为四个部位，即：

舌尖属心肺，

舌中属脾胃，

舌边属肝胆，

舌根属肾（膀胱、小肠、大肠）



舌诊脏腑部位分属图

归纳起来，从舌尖部、中部、根部的舌质舌苔变化，基本上反映了人体上中下三焦相应脏腑的生理病理情况。这种以舌的分部察候脏腑的方法，在诊断疾病时确有一定实际价值。当然，应该四诊合参，结合具体情况具体分析，不能过于机械。

5．方法

舌诊有一定的方法，并有一些应该注意的事项，兹简述如下。

(1) 光线：舌诊宜在白天的间接日光下进行，不宜在有色光线或暗处，以免影响颜色的真实性。

(2) 时间：舌诊宜在饭前进行，以免因饮食而改变舌苔的厚薄、润燥或颜色，影响舌诊的正确性。

(3) 伸舌姿态：应告诉患者，自然地将舌伸出口外，舌尖略向下，舌体呈扁平形。若舌体呈圆柱形可使舌色加深、影响真实。

(4) 望舌顺序：舌诊是一项细致工作，最好养成习惯，每次舌诊循一定顺序进行，一般按舌尖→舌边→舌中→舌另一边→舌根进行，这样，既迅速又免遗漏。

(5) 排除染苔：某些食物或药物，能使舌苔着色，称为"染苔"，常见者如：乳汁、豆浆等可染白；蛋黄、桔子、黄连、核黄素、痢特灵等可染黄；杨梅、咖啡、茶、烟、中药等可染黑褐。这类染苔着色大多浮于舌苔表面，经过唾液的冲涮可以退去。临床如怀疑染苔，应加询问，以便及时证实或排除。

(6) 排除正常变化：进热饮热食或刺激性食物可使舌质变红。如刚进过食或刮过苔，可使舌苔由厚变薄；有牙齿脱落者，其脱齿一侧往往比对侧舌苔多；中风病人舌体运动不灵，可使舌色变红；鼻塞不通或张口呼吸的病人，舌面往往变得干燥。应注意与病舌区别。

(7) 揩刮舌苔：有时为了解舌苔是否有根，舌苔掩盖下的舌体情况以及舌苔的复生情况，可用纱布沾清水、薄荷水或蜂蜜揩拭舌苔，或用清洁的刮舌板刮舌苔，一般由根至

尖、连续揩刮四、五次。揩苔法多用于浮薄而松的舌苔，刮苔法则多用于较厚而坚实的舌苔。

6．正常舌象

正常舌象一般具有以下特点：

(1) 舌质：正常舌质颜色淡红、深浅适中，鲜活润泽，舌体柔软、运动自如。

(2) 舌苔：正常舌苔一般分布在舌体的中央与根部，薄白或根部略黄稍厚，颗粒均匀，干湿适中。

以上正常舌象，多见于健康人，也可见于外感病表证初期，或内伤病而病情轻浅、机体一般情况尚好者。

7．舌色变化

正常舌色，多为淡红，鲜红润泽，深浅适中。其病理变化，主要有淡白、红绛、青紫三种。

(1) 淡白舌

【舌象】 舌色较正常浅淡，红少白多。

【主病】 气血两虚：色淡白，体如常或略瘦。阳虚：色淡白、体胖嫩而湿润。

(2) 红绛舌

【舌象】 舌色较正常深浓，鲜红为红，深红称绛。

【主病】 红绛舌主热证，并可根据其出现部位推测哪个脏腑热重。实热：多见于外感病或新病，色多鲜明。鲜红不干为热盛津尚未伤；鲜红而干为热盛津伤；深红为绛，系热入营血。虚热：多见于内伤病或久病。鲜红无苔为阴虚火旺；绛而光亮为热入营血、胃阴将亡；绛而干枯为肾阴将枯。

(3) 青紫舌

【舌象】 全舌或部分青紫。

【主病】 主实热、虚寒、瘀血。实热：绛紫色深，干枯少津。多为热盛阴伤、气血瘀滞之象。虚寒：淡紫淡青，湿润多津。多为阳虚生寒、血脉瘀滞之象。瘀血：舌色青紫而暗滞，扪之潮湿不干，或舌边色青，或舌边舌尖有瘀点瘀斑。

8．舌形变化

舌的形体变化，包括胖嫩、肿胀、薄瘦、芒刺、光滑、裂纹等舌形改变。临床判断这些变化主病意义的要点，是观察其荣、枯、老、嫩。

荣为舌体明润，表示津液充足。

枯为舌体干瘪，表示津液耗伤。

老为纹理粗糙、坚敛苍老，主实证热证。

嫩为纹理细腻、形色娇嫩，主虚证寒证。

(1) 胖嫩舌

【舌象】 ①舌的边缘由正常的线条变成圆形，舌背部与舌腹部交界处的正常沟纹不明显或消失；②舌体胖软，如刚发好的面包一样；③舌边尖有牙齿印痕。

【主病】 气虚：舌胖嫩、色淡白，舌苔少或无苔。虚寒：舌胖嫩，色淡白，舌面水滑，舌体好象含蓄了过剩的水份，属脾肾阳虚、水湿潴留。

(2) 肿胀舌

【舌象】 舌体肿胀，轻则厚大异常，重则胀塞满口，不能转动。

【主病】 心脾热盛：舌肿胀、色红绛。酒精或其它中毒：舌肿胀、色紫暗。痰饮内滞：舌肿胀、体强硬、苔灰

浊。痰饮湿热相搏而上溢：舌肿胀、色如常。

(3) 薄瘦舌（瘦瘪舌）

【舌象】 舌体比正常薄而瘦小。

【主病】 薄瘦舌多见于较重的精血津液不足。

心脾气血两虚：舌薄瘦、色淡白，有时可见齿痕，多见于内伤久病。

津液耗伤，阴虚火旺：舌薄瘦、色鲜红或红绛而干，多见于外感病邪热深重阶段。

结核或烟酸缺乏：舌薄瘦枯萎、色晦暗。

(4) 点刺舌

【舌象】 舌面乳头增生肥大、高起如刺、摸之棘手，小者称红点，大者称红星。可位于舌的任何部位。

【主病】 常人：刺软，舌体舌色如常。多食酸辣刺激物，或工作紧张，或失眠者可见之。热邪过盛：可以根据刺之多少及所在部位辨别热邪轻重及热盛脏腑。热愈盛则刺愈多。胃肠热结：芒刺干燥、苔黄或黑而干燥。热盛伤阴：芒刺干燥、舌红绛干燥。

(5) 光滑舌

【舌象】 舌面光滑无苔，平如镜面，望之发光，摸之干燥没有津液。或见于全舌，或见于某一部分。

【主病】 燥证、肺津虚舌尖光滑，胃液虚舌心光滑，肾精亏见于舌根。虚热、热邪耗伤精血津液：舌光滑，色红绛。气血俱虚：舌光滑，色淡白。

(6) 裂纹舌

【舌象】 舌面各处出现各种方向、各种形状的皱纹或裂沟。

【主病】 热盛外阴：裂纹、舌光滑、色红绛。血虚：舌裂纹，色淡白。常人：舌裂纹，色正常。

9．舌态变化

舌体运动姿态的病理变化主要有以下几种：

(1) 强硬舌

【舌象】 舌体强硬而不柔和不灵活，因而多伴有语言蹇涩不利。

【主病】 外感病：多为热入心包、痰浊内阻；或高热伤津、失去濡养。内伤病：多为中风征兆，或为痰浊内阻。

(2) 痿软舌

【舌象】 舌体软弱、无力自由活动。

【主病】 精血津液极虚致筋脉失养。高热伤津：舌痿软，色红绛而干燥。阴精虚极：舌痿软，色红绛晦暗干枯。气血两虚：舌痿软，色淡白。

(3) 短缩舌

【舌象】 舌短紧缩、不能伸长。

【主病】 病情多较危重。寒凝筋脉：舌短缩，色淡青而湿润。热病津伤或动风：舌短缩，色红绛而干燥。痰湿内阻：舌短缩，体肿胀，苔腻。

(4) 吐舌

【舌象】 舌伸长吐出口外。

【主病】 病情多重。疫毒攻心：吐舌，色青紫而疼痛。正气已绝：吐舌而不能回，干枯无苔。心脾热盛：吐舌而稍可回，色红绛而干燥。

(5) 弄舌

【舌象】 舌时时微出口外立即收回，或不时舔口唇上下、

口角左右。

【主病】 脾燥：舌常伸出舔唇，舌干。心脾热盛：弄舌，色红绛。动风先兆：弄舌，色红绛或淡白。小儿发育不良：弄舌、痴呆。

（6）颤动舌

【舌象】 舌振颤不定、不能自主。

【主病】 气血两虚：舌颤动、色淡白，久病多见。阳虚：舌颤动、色淡嫩、湿润，久病多见。血虚动风：舌颤动，色淡白，多见于久病。热盛动风：舌颤动，色红绛，多见于新病。酒精中毒：舌抖动、色紫暗。

（7）偏歪舌

【舌象】 舌体偏斜于一侧。

【主病】 中风或中风先兆。

10．苔形变化

舌苔的形态变化，可有厚、薄、偏、全、润、燥、腐、剥之分。

薄苔：透过舌苔能隐约见到舌体，故称“见底”。主表证，病邪轻浅。

厚苔：透过舌苔不能看到舌体，故称“不见底”。主里证，病邪深重。

除阴虚病人以外，舌苔由薄变厚为病进，由厚变薄为病退。故望舌苔薄厚能了解邪气的浅深轻重。

全苔：舌苔满布全舌，痰饮水湿散漫。

偏苔：舌苔布于局部，邪气局限。

湿润苔：舌苔较为湿润，水分较多。可分为湿、滑、腻三种类型：

【湿苔】 舌苔含水分较多，比较湿润。

【滑苔】 舌苔上粘附有一层透明或半透明或浑浊的唾液，使舌面反光增强。

【腻苔】 舌苔粘腻致密，揩刮不去。

湿润苔多主痰饮水湿，胃肠积滞。

干燥苔：舌苔水分较少，比较干燥，又分为燥、涩、糙三种程度。

【燥苔】 舌面津液较少，属轻度。

【涩苔】 舌面望之无津，扪之涩手，属中度。

【糙苔】 舌面燥涩、粗糙刺手，属重度。

干燥苔：多主热盛伤津。津亏不能上承。或阳虚不能化津上润。

腐苔：舌苔厚而松软，颗粒粗大，如豆腐或腐渣堆铺舌面，揩刮即去。

腐苔多主胃气渐充，病将恢复；热盛津伤，苔将剥脱；食积，痰浊。

剥苔：舌苔剥落、裸露舌质。可仅在某个部位单块剥落，也可在多个部位多块剥落（花剥苔），还可在全舌同时剥落（光剥苔）。

剥苔多主胃气胃阴两伤，痰浊未化，正气已伤。

11．苔色变化

白苔：苔色白，有厚薄燥湿之分。常人为薄白苔、淡红舌。

【主病】 表证——薄白苔、淡红舌。寒证——苔白、舌色淡。湿证——苔白而腻。温疫、内痈——苔白满布、厚腻如白粉（积粉苔）。温病热邪迅速入里——苔白干燥如砂、

舌红（白[illegible]苔）。痰湿、食积——苔白厚腻，如硷面。

黄苔：苔色淡黄、嫩黄、深黄或焦黄。

【主病】 里热证——苔色越深热越重，舌色多红绛，苔常干燥、芒裂。湿热证——苔黄滑腻，舌红。阳虚水湿不化——舌淡胖嫩、苔淡黄滑润。

灰黑：苔色灰黑、棕黑、焦黑、漆黑。

【主病】热极津伤——苔黑干燥，舌色红绛。阳虚寒湿内阻——苔淡黑湿润，舌淡胖嫩。

12．苔质合参

疾病是一个复杂的发展过程。舌质与舌苔的变化，都是人体内在的复杂病变在舌上的反映。一般说来，察舌质重在辨正气的虚实；察舌苔则重在辨邪气的浅深与胃气的存亡。在临床实际运用时，舌质和舌苔的变化是不能截然分开的。因为疾病的发生和发展，往往是既有邪气的影响，同时也有正气的变化。所以在分别掌握舌质舌苔的基本变化及其主病的同时，应注意到舌质与舌苔之间的相互关系，应将病人的苔质变化相互参照，互为补充，综合分析判断，才能避免片面性。

在一般情况下，舌质与舌苔的变化多是统一的，其主病往往是两者的结合。例如：临床常见的舌质红与舌苔黄并见，质红主热、苔黄亦主里热，二者总合，说明内有实热。再如：舌质淡与苔白常并见，质淡主虚主寒，苔白亦主寒，二者总合，则知病属虚寒，等等。临床类似情况是很多的。

但是，在某些疾病过程中，也常有舌质与舌苔变化不一致的情况。如：红绛舌本属于热证，而白苔常见于寒证，临床上就有红绛舌与白苔并见的，其中又有几种情况：

舌色红绛
- 苔白滑腻
  - 外感病：营分有热，气分有湿。
  - 内伤病：阴虚火旺，又有痰浊食积。
- 苔白干燥：燥热伤津。

前者由于湿遏热伏，后者由于燥气化火迅速，病情发展快，苔色还未转黄，燥热便已入营，津液已经大伤，因此它们和一般热证见苔黄的规律有所不同。

总之，由于舌质和舌苔从不同的方面反映病情，所以在临床辨证时，必须对双方情况综合分析，才能为辨证提供可靠的依据。

13. 危重舌象

当病情危重，阴精或阳气衰竭时，往往会出现一些特殊的舌象变化，熟记这些特殊舌象，有助于提高警惕、及早抢救病人。

（1）阴精枯竭舌象：舌干枯燥裂、粗糙有刺、象沙鱼皮样，是津液枯竭。舌体敛缩如荔枝干肉、津液全无，是热极津枯。舌质干晦如猪肝色，或舌红如柿色，是气血败坏。舌质色赭带黑如去膜猪肾样，是肾阴将竭。舌绛无苔、光滑似镜，则是胃气胃阴将绝。

（2）阳气衰绝舌象：舌卷短缩，兼阴囊上缩，属肝气将绝。舌起白色如雪花片，则属脾阳将绝。

凡上述危重舌象一旦出现，标志病情危重，预后不良，必须分秒必争，积极抢救。

（四）分部望诊

分部望诊，是在望全身情况的基础上，再根据病情或诊断需要，对病人身体的某些局部进行重点细致的观察。因为整体的病变可以反映在某些局部，所以分部望诊也有助于了

解整体的病变情况。

分部望诊，包括望头、发、颈项、五官（目、耳、鼻、唇、齿、咽喉）、皮肤、四肢、前阴、后阴等，望诊时，应注意观察各部的色泽形态和分泌物等情况。

1. 望头发颈项

(1) 望头面：头为诸阳之会，手足三阳经脉及督脉、任脉、足厥阴经皆上行头面。又为精明之府，中藏脑髓，脑为元神之府，髓为肾精化生。故望头，可以了解脑、肾的病变及精气盛衰。望头，主要是望头的形态。

头形大小一般用头围（齐双眉上方，通过枕骨隆起绕头一周）表示。新生儿头围平均约34厘米，半岁约43厘米，1岁约46厘米，2岁约48厘米，5岁以后接近成人，约50厘米以上。小儿头形过大或过小，伴有智力发育不全，多属先天不足、肾精亏损。头形过大，可因脑积水。小儿囟部陷下（囟陷），在慢性病为脑髓不充，在急性病为津液亏损（脱液）。小儿囟部高起（囟填），为脑髓邪热高炽，应中西医结合加以治疗。头部囟门迟闭、骨缝不合（解颅），为禀赋不足，肾气虚弱。

面肿多见于水肿，阳水肿起较速而先见于眼睑头面，阴水肿起较慢而先发于下肢腹部。如头面肿胀而焮红疼痛，压之退色，为风热火毒上攻所致之抱头火丹。若头面肿大如斗，目不能开，则属时疫毒火上攻所致之“大头瘟”。仅腮部肿起，以耳垂为中心，为温毒“痄腮”。

小儿头项软弱，不能竖立，为先天禀赋不足。无论成人小儿，凡头摇不能自主，是肝风证或气血虚衰。而久病头倾不能抬起，则多是精气竭绝之危证。

（2）望发：发为肾之华、血之荣。观察发的质和色的变化，可以了解肾和血的盛衰。

头发浓密润泽而色黑，为肾气旺盛、精血充足。头发稀疏易落、或干枯不荣，多为肾气不足或精血虚衰。头发色黄或白，属肾亏血虚。年青落发，不属肾虚，便属血热血瘀。发直干枯为精气将竭。突然出现片状落发，多属血虚受风。小儿发结如穗，则为疳积。

少年而发白，年老而发黑，无其它病象者，多因禀赋不同，不能作疾病论处。

（3）望颈项：颈项为手足三阴经及督、任二脉所循，望诊时应注意观察其外形变化及功能障碍。

颈前部结喉处肿大，可随吞咽动作上下移动者为瘿气，多由肝郁气结痰凝所致，或与水土有关。颈侧颌下肿起结块，累累如串珠者，为瘰疬，多由肺肾阴虚、虚火灼津结成痰核；或因风火时毒外感，致气血壅滞，结于颈项。

颈项强硬、角弓反张者，为肝风。颈项强硬、神昏呕吐者，为热邪上攻脑髓。

颈脉跳动明显，多见于水肿。卧则颈脉怒张者为水气凌心。

2．望五官

（1）望目：目为肝之窍，心之使，五脏六腑之精气皆上注于目。故望目不仅在望神中具有重要意义，对多种病证的诊断均有价值。观察眼神及其颜色、外形、动态等方面的变化，可以了解内脏的病变。故《通俗伤寒论》云：“凡病至危，必察两目，视其目色，以知病之存亡也，故观目为诊法之首要。”

正常眼睛，两眼黑白分明，明亮灵活，视物清晰，精彩

内含，神气充沛，如此为有神之象，虽病易治。若白睛暗浊，黑睛晦滞，失去精彩、目陷无光或浮光暴露，此为失神，病重难医。

一般眼红赤为热，白睛赤为肺火，目眦赤为心火，白睛黄染多为黄疸。目清澈为寒，混浊为湿，干涩为燥。怕光流泪多是肺胃热盛。眼睑目眦淡白多为气血不足。眼睑晦暗多属肾虚。眼睑目眦红肿溃烂多由湿热。眼睑上下色泽光明者，多为痰饮。眼睑下垂为睑废。双垂多属先天不足、脾肾双亏；单垂或垂而不一，多属后天脾虚或外伤。

眼胞目窠浮肿、状如卧蚕，多为水肿或老人肾虚。眼窝凹陷多为津液亏耗，常见于大汗、大吐、大下之后。眼球突出为痰气郁结，如兼喘为肺胀，若兼颈肿则属瘿气，单眼突出、多属恶候。小儿睡眼露睛，多属脾虚气血不足。瞳孔散大，多为肾精衰竭之危候，亦可见于肝胆风火上扰的绿风内障及中毒病人。瞳孔缩小，则因肝胆火炽或中毒。

目开欲见人者，多属实证热证。闭目不欲见人者，多属虚证寒证。

目睛微定，是痰热内闭。突然两目上视、横视、斜视、直视，多为动风先兆或肝风之象。凝神熟视而无所见，则为精气衰竭。

（2）望耳：耳为肾窍，属少阳经，为宗脉所聚之处。耳廓上分布着全身脏腑肢体的反应区和反应点。耳的变化，与全身脏腑形体有关，尤与肾或肝胆关系密切。望耳应注意耳轮的色泽外形及耳内情况。

耳轮色泽以红润为佳。其变化，深红为热、白色为寒、青黑为痛。耳轮焦黑干枯，是肾精虚极之象。耳背出现红

络，耳根发凉，则多为麻疹先兆。

耳轮厚大是先天禀赋充足，形体健壮。耳轮薄小是先天禀赋不足，形体多弱。耳消瘦是正气虚，耳红肿大则多为肝胆湿热上攻。耳轮甲错是久病血瘀或有肠痈。耳轮色白萎缩为肾气衰竭之重证。

耳内长出小肉，形如樱桃，称耳痔。其头大蒂小如蕈者称耳蕈。其细长如枣核，胬出耳外，触之疼痛者称耳挺。均属肝、胃、肾火郁结而成。

耳内流脓，黄脓称脓耳或聤耳，白脓称缠耳，红脓称耳风毒，臭脓称耳疳，清脓称震耳，多为肝胆湿热或风热上壅，或肾虚火上攻所致。耳部肿痛则多为肝胆火热上炎。

(3) 望鼻：鼻为肺窍，胃经所挟，为呼吸通道。望鼻的色泽形态及其分泌物，可诊察肺胃的病变。

鼻头明润，为胃气未伤或病后胃气来复。鼻头枯槁，是脾胃气衰不能上荣之重征。鼻头色青为腹痛，色黄是里有湿热，色白是气虚或失血，色红是脾肺有热，色微黑是有痰饮水湿。

鼻孔色黑而冷滑是寒极重证，干燥而色黑如烟煤状是热毒深重。

鼻肿多是实热证。鼻头及其周围色红或生粉刺是肺胃郁热而致酒糟鼻。鼻柱溃陷，多见于梅毒。鼻柱崩坏眉毛脱落则多为麻风。

鼻中膜胀窒塞为鼻窒，因胃经客热而致。鼻内瘜肉如榴子，渐大下垂，闭塞孔窍，轻为鼻痔，重称鼻齆，多因肺热或风湿郁凝而成。

鼻翼煽动，呼吸困难，初病为肺热重证，久病为肺气将

竭。

鼻流清涕是外感风寒，黄涕是外感风热，久流浊涕，有腥臭气味多为鼻渊。鼻衄或为肺胃蕴热，或为阴虚火旺。

（4） 望口唇：脾开窍于口，其华在唇。口唇又为手足阳明经脉环绕之处。故望口唇可以了解脾胃的病变。望唇应观察其颜色、润燥和形态变化。

正常唇色红而鲜润。深红为热。深红干焦为热甚伤津。淡白为血虚或气血两虚。唇色青紫为寒凝血瘀。干焦紫黑为热毒亢甚。环口黧黑为肾气将竭。色红如樱桃色为煤气中毒。

口唇干枯皱裂，不是外感燥邪，便是热炽伤津。口角流涎，或为脾虚湿盛，或为胃有积热，或为虫积。口唇糜烂，多为脾胃湿热上蒸。

口内、唇边、舌上生白色小泡，溃后红肿疼痛，称口疮、口疳，多因心脾炽热。色鲜红密布为实热，色淡红散发为虚火。婴儿满口白斑如雪片称鹅口疮，系胎中伏热蕴积心脾。口唇发痒、红肿灼痛、破裂流水，名唇风，多因胃火上攻。唇上初结似豆，渐大如蚕茧，坚硬疼痛，妨碍饮食，称茧唇，多因胃经痰热积注。

口开不闭多为脱证。口角掣动是肝风内动或脾虚生风。口撮口噤为中风或痉病。口唇歪斜为中风。小儿撮口不能吸乳是脐风。凡唇青舌卷，环口青黑，人中满而唇翻，人中缩短，唇卷缩不能覆齿，口张气直，开如鱼口，气出不入者都属危绝之证。

（5） 望齿和龈：齿乃骨之余，骨为肾所主。手足阳明经脉络于龈中，所以齿可察肾，龈可观胃，并可了解津液的

益彰。尤其对温热病辨证，意义更为重要，一般望齿及龈应注意其色泽、润燥、形态等变化。

【齿】 牙齿洁白润泽是精津充足。牙齿干燥，多是胃热炽盛，津液大伤。牙齿干燥如枯骨，多为肾精枯竭。牙齿松动稀疏，齿根外露，多是肾虚或虚火上炎。小儿睡中咬牙是有积滞。无论成人小儿，咬牙啮齿，多为风证痉证。牙齿紧咬、牙关不开者为风痰阻络或热盛动风。外伤齿折或动摇，称斗齿。龋齿腐洞，乃饮食余滓，积存齿缝之间，腐蚀而成。

【龈】 龈色淡白，多是血虚不荣。牙龈齿缝出血，兼红肿疼痛者为胃火伤络；不红不痛，或为脾气虚不能摄血，或为肾之虚火上炎。久病龈肉软缩，为久病胃阴不足。牙龈甚至牙床腐烂，牙齿脱落，为牙疳凶候。齿龈有蓝线，多为沾染铅毒或服水银、轻粉。龈间长出胬肉，称齿壅，多因过食动风之物而致。

(6) 望咽喉：咽喉为肺胃通道。心肾肝脾胃等经均络于咽喉，所以咽喉能够反映许多脏腑病情。

正常咽喉，淡红润滑，不肿不痛，畅通无阻。

望咽喉，应注意其颜色及形态的改变。

咽喉红肿疼痛是肺胃积热。如红肿溃烂有黄白腐点，为肺胃热毒壅盛之乳蛾。若红色娇嫩，痛不甚剧而干燥者，多是肾经虚火上炎。色淡红不肿，久久不愈，多为虚火上浮。淡红漫肿，多为痰湿凝聚。局部红肿高突，有波动感，压之柔软凹陷者多已成脓；压之坚硬则未成脓。脓液稠黄属实、热。脓液清稀属虚、寒。

咽喉间出现灰白之物，形如白膜，刮之可去而不即复生

的，是胃热；刮之不去，重剥出血，旋即复生的，是白喉。

3．望皮肤

皮肤居一身之表，内合于肺，卫气循行其间，而为机体的屏障。凡感受外邪或脏腑有病都可使皮肤发生异常变化。

望皮肤，应注意其色泽形态及反映于皮表的病变。

（1）皮肤形态：皮肤浮肿按有压痕为水肿。皮肤胀起，按无压痕为气胀。皮肤干瘪枯槁，多由津液耗伤。若皮肤干枯粗糙如鳞甲，称为“肌肤甲错”，为阴虚血瘀。若兼目眶暗黑者为内有干血，若兼腹中急痛为有内痈。

（2）望斑：斑分阴阳。阳斑点大成片，或红或紫，平铺皮下，压之不褪色，摸之不碍手。多因外感热邪深入营血，迫血外溢而发。凡发斑稀少，色红活润泽，先出现于胸腹，后延及于四肢，同时热退神清者为顺；若发斑稠密，色深红紫黑，先出现于四肢，后延及于胸腹，而壮热神昏者为逆。顺证病轻，为正气未衰能驱邪外出；逆证病重，为正不胜邪，邪毒内陷，色黑晦滞焦枯者危。

阴斑大小不一，色淡红或暗紫，隐隐稀少，发无定处，出没无常，唯不见于面、背部。兼见诸虚症状。多因内伤血热或气虚不能摄血而发。

（3）望疹：疹分麻疹、风疹、隐疹。

麻疹形似麻粒，色如桃红，后转暗红，高出皮肤，界限分明，摸之碍手。先见于发际颜面，渐及于躯干四肢。凡发热不高，身有微汗，疹出透彻，色泽红润，依出现先后次序逐渐回隐而身热渐退者为顺证。若壮热无汗，疹点不能透发，或刚出即突然隐没而神昏喘促者为疹毒内陷；疹色淡红而暗者为风寒外闭；疹色紫赤暗滞者为热毒内盛。皆属逆

证。色白不红，则属正气虚陷。

风疹疹形细小稀疏，疹色淡红，微有隆起，皮肤瘙痒。为风热外感，邪郁皮肤。

隐疹则时隐时现，疹形高出皮肤，扪之硬韧，连接成片如云，瘙痒较重，搔处随即隆起，色红带白界限清楚。为外感风邪。

(4) 望水痘：水痘为椭圆形水疱，顶部圆满，浆薄如水，后稍混浊。先见于头身，渐延及于面部四肢，可分批出现、各期水痘同时出现，大小不等，结痂脱落后不留疤痕。为外感风热所致。

(5) 望白痦：为皮肤上出现的一种透明小疱疹，晶莹如粟，高出皮肤，擦破流水。以颈胸多见，偶见于四肢，不见于面部。多系湿郁肌表，汗出不彻而致，易反复出现。白痦以晶莹饱满为顺，枯白无液为逆。

(6) 望水泡：水泡包括痱子、热气疮、缠腰火丹、湿疹等多种大小不一的疱疹。

痱子多为红色尖状小粒，密集发生，瘙痒刺痛，后干燥成细小鳞屑。为湿热郁于肌肤而发。夏季多见，常发于小儿及肥胖者。

热气疮多为针头到绿豆大小的水疱，成群出现，每发1～3群，有痒及烧灼感，好发于口角唇缘、眼睑、外阴、包皮等皮肤粘膜移行处，常见于高热病人，为肺胃热毒郁阻而致。

缠腰火丹又名蛇串疮，多为绿豆至黄豆大小的成簇水疱，疱壁发亮，围以红晕，呈带状排列，常见于胸胁腰腹面部，伴剧烈刺痛烧灼感觉，多因肝火妄动、湿热熏蒸而成。年老

体弱者多见。

湿疹又名浸淫疮，初起多为红斑，迅速形成肿胀、丘疹或水疱，随之水疱破裂、渗液，变为色红湿润之糜烂面，以后干燥结痂，痂脱后留有痕迹，日久可消退。多因外感风湿热邪，或血虚生风化燥而致，表现多种多样。

(7) 望癣：表现多种多样，常有多种皮肤损害，痒而迁延难愈，可发生于各个部位。

(8) 望痈疽疔疖：有阴阳之分。

痈范围较大，红肿高大，根盘紧束，伴焮热疼痛，属热毒壅盛，气血瘀滞之阳证。

疽漫肿无头，部位较深，皮色不变，不热少痛。属寒痰凝滞之阴证。

疔初起形小如粟，顶白根硬而深，或麻木痒痛，多因热毒深重凝滞气血而成。若患处起红线，由远端向近端蔓延，称红丝疔或疔毒走黄，为热毒流窜经脉之重证。

疖起于浅表，形小而圆，红痛不剧，化脓即软，脓溃即愈。多因湿热壅滞气血而成。

4．望前阴后阴

(1) 前阴：前阴是宗筋所聚，又为太阴、阳明之所合。肝胆脉络阴器，阴囊属肾，精窍通精室，尿窍通膀胱。故前阴与肝肾膀胱等脏腑，厥阴、少阳、太阴、少阴、阳明等经络有关。

小儿阴囊紧实为形足气胜，松弛下坠为体弱气虚。外感病囊缩为热入厥阴。阴囊肿大而透明为水疝。肿大而不透明不坚硬，往往是小肠下坠于阴囊的狐疝。阴茎缩入多属寒凝经络。阳强易举，举而不坚，是肝肾阴虚火旺。妇人子宫脱

出阴中，为阴挺，多属脾气虚陷。

（2）后阴：后阴即肛门，又称魄门。肛门脱出，轻者可以缩回，重的不易缩回，为气虚下陷。痔核生于肛门之外称外痔；生于肛门之内称内痔。痔经久不愈可以变瘘。瘘是管状，有小管可通直肠，长短不等，或有分枝，也可不全通入直肠。

5．望四肢

四肢，包括手足、掌腕、鱼际、指甲以及小儿指纹。其中以小儿指纹最为重要。

（1）手足：手足壅肿多为实热证。枯细多为虚证。胫跗浮肿，指压留痕是水肿病。单独膝部肿大疼痛名鹤膝风。手足皮色紫暗而指趾脱落是脱疽病。手足软弱不能动作是痿证。关节疼痛肿或不肿，动作困难是痹证。

（2）掌腕（尺肤）：掌腕皮肤光滑润泽为津液充足，干涩为津液不足，掌厚是脏腑充实强盛。

（3）鱼际：鱼际之络脉可诊察胃气。其色青者为胃寒，青而短小者为胃气虚寒，色红为胃热。

（4）指甲：正常指甲红润光泽，坚韧呈弧形。色深红为热，色青为寒，苍白为虚寒，淡白为血虚，青黑为有瘀。

无论何色，如用手按时变白，放后立即复红，虽久病可治；放手血色恢复较慢为气滞血瘀；放手迟不转红，病情较重。

扁平反凹，称反甲，多为血虚。色枯干脆为肝病血虚或有郁热。

6．望小儿指纹（食指脉络）

指纹，又称“脉纹”、“手纹”或“食指脉络”，是显露于小儿食指掌侧前缘的脉络。所谓小儿指纹望诊法，就是通过观察小儿指纹的长短、浮沉、淡滞、形态及其色泽等变

化以了解病情的诊断方法。

《灵枢·经脉篇》说："肺手太阴之脉……入寸口……其支者从腕后直出次指内廉，出其端。"说明指纹是手太阴肺经的一个分支，望指纹与诊寸口脉有相似的临床意义。

这种诊法，一般多应用于三岁以下的小儿。由于小儿脉位短小，脉率也较成人为速，诊病时又常啼哭躁动，所以不仅难以进行脉诊，其真实性也多受到影响。而三岁以内的小儿皮肤薄嫩，脉络较为清楚，指纹比较明显，所以此法为中医所习用，常以之推断病情与预后。但它不能作为诊断疾病的唯一根据，临床必须结合其它诊法所获得的资料，综合分析，才能做出全面正确的诊断。

（1）指纹望诊的部位：指纹望诊的部位，是小儿食指掌侧面。前人将食指掌侧分为三关、三部。

三关："关"有关隘、关口之意。三关指小儿食指掌侧面的三条横纹：

【风关】 第一道横纹，即掌指关节横纹；

【气关】 第二道横纹，即中央的横纹；

【命关】 第三道横纹，即靠近指端的横纹。

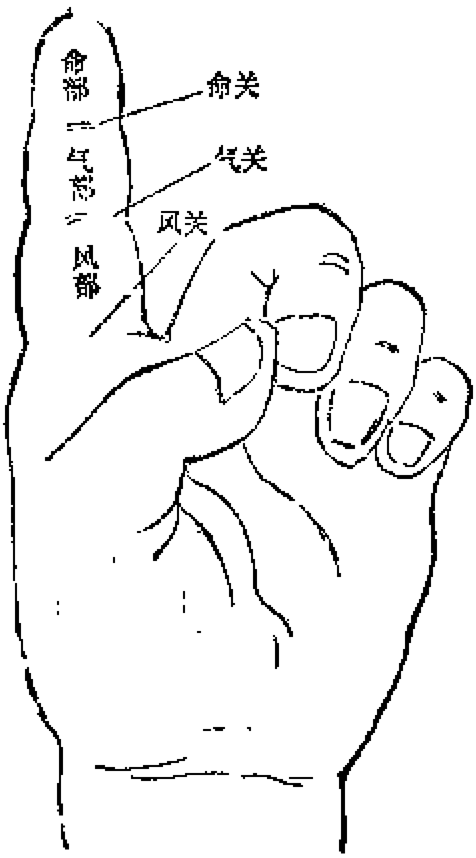
三部："三部"，指部位。三部指小儿食指的三个指节，即横纹之间的部位：

【风部】 风关至气关的第一指节部位；

【气部】 气关至命关的第二指节部位；

【命部】 命关至指尖的末节部位。

风部、气部、命部有时亦简称"风、气、命。"但三部与三关是两个不同概念，兹画简图示意如下，以便阅读文献及临床区别。



小儿指纹三关图

（2）指纹望诊的方法：望指纹时，让家长抱小儿站在光线充足的地方，医师用左手食指、拇指握住小儿食指末端，以右手拇指侧面轻轻推其食指掌侧，连推几次，可使指纹逐渐显现，便于观察。注意：应从指端推向指根，不能反复推，尤其不能自指根向指端推，以免造成局部气血瘀滞，发生误诊。

（3）正常指纹：正常指纹虽可出现于三部，但除体瘦肤薄小儿外，一般多在风部之内。纹形粗细适中，无明显弯曲及分枝，其颜色红路兼紫。隐约而不过于显露。在医师推测过程中，一般推时指纹很快消失，放手又能很快恢复。消失、恢复的时间均在一秒钟左右。

（4）指纹的长短变化：患儿指纹所到达的部位有长短变

化，一般病越轻指纹越短，病越重指纹越长，因而可藉以推测病情轻重，前人称为“三关测轻重”。

风轻：指纹过风关而在风部者病尚轻浅。

气重：指纹过气关而在气部者病较深重。

命危：指纹过命关而在命部者病较危重。

透关射甲尤危：指纹透过三关，延伸到指端，病情尤为危笃。

“风轻气重命危”是一般规律，临床并非绝对如此，也有特殊情况。如体瘦及虚弱小儿，皮肤多较薄嫩，指纹容易显露，虽然无病也能在风关甚至气关看到指纹。相反，如体胖或患有水肿病的患儿，因指纹被皮下脂肪或水分掩盖，即使病情很重，指纹也不易显露，或仅出现在风关以内，当然这是少数。

(5) 指纹的浮沉变化：健康小儿的指纹多隐约不显，称作不浮不沉。患儿指纹，则往往有浮沉变化。

浮：指纹浮现特别明显，不用推就能清楚看到。纹浮主表证，亦主气血充盛。

沉：指纹沉隐不显，推后方能清楚看到。纹沉主里证，或主气血不足。

此外，若推后仍不显现，称作“指纹不显”。

“浮沉分表里”是一般规律，但应注意患儿胖瘦及肤色深浅均可影响其指纹的浮沉。胖儿皮下脂肪多，浮象难以显现，瘦儿皮下脂肪少，浮象多较显著。肤色浅者纹多清晰，肤色深者纹多隐约难辨。临床之际，应注意排除这些体质因素的影响

(6) 指纹的形态变化：患儿指纹的形态变化很多，历代医籍也有各种各样的描述，多者记载达49种，繁杂而缺少规律性。但总的来看，主要有粗细、曲直、分支多少等变化。

近代一般认为：

虚证：纹态简单、变化较小，纹形较直较细，少见分支。

实证：纹形复杂，变化多端，纹形较粗，或出现弯曲、分叉、圆弧等变化。

（7）指纹的淡滞变化：患儿病情不同，还会发生淡、浓、滞等指纹变化：

淡：纹色比健康小儿的纹色浅淡，多主虚证。

浓：纹色比健康小儿的纹色深浓，多主实证，一般纹色越深，病情越重。

滞：指纹郁滞。推之血流不畅，放手后也不能及时恢复，一般消失或恢复时间大于二秒。纹滞主里证，包括痰湿、热郁、食积等。

（8）指纹的颜色变化：小儿患病后，其指纹颜色的变化也有一定的规律。据古代文献记载，指纹的颜色变化有白、黄、红、紫、青、黑六种。可据以推测病证的性质。各种颜色的主病意义是：

红色：主寒。淡红，多属虚寒。鲜红，多属外感风寒。

紫色：主热。紫红色多属热证。

青（紫）：主惊。多属风证、疼痛。

（紫）黑：主血瘀，血络郁闭，病多危重。

黄白：多属疳积，唯临床很少见到。

（五）望排出物

排出物，包括人体的排泄物和分泌物。排泄物指排出于体外的代谢废物；分泌物则指生理状态下各官窍所分泌的液体，在病理情况下其分泌量增大，也成为排出体外的排泄物。凡痰、涕、涎、唾、泪、汗、小便、大便、月经、带下，以

及呕吐物、脓液等等，均属排出物的范围。因为这些排出物都是各有关脏腑生理活动和病理变化的产物，所以通过观察其形、色、质、量等变化，可以了解相关脏腑的脏气盛衰、病理变化以及邪气的性质。

各种排出物有一个共同的望诊要点，即：凡色淡白质清稀的多属寒证，是由于寒邪伤阳、水湿不化所致，此即《素问·至真要大论》所谓："诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒。"凡色黄浊质稠粘者多属热证，是由于热邪熏灼、煎熬津液所致，即《素问·至真要大论》所谓"诸转反戾，水液浑浊，皆属于热"。兹分述之。

1．望痰

痰是机体水液代谢障碍的病理产物，其形成与许多脏腑有关，而与脾肺两脏关系最为密切，故中医有"脾为生痰之源，肺为贮痰之器"的说法。中医认为，痰有有形无形之分。咳出可见者属于有形之痰，根据痰的色、质、量的变化，可以在一定程度上了解肺及其它脏腑疾病的性质和病位。

痰色黄粘稠，或白而粘稠成块属热痰，因热邪煎熬津液而成。

痰色白清稀，或稀有灰黑点者属寒痰。因寒凝气滞，津液不布而成。

痰清稀多泡沫，兼胸闷眩晕者属风痰。为痰浊肝风上扰而致。

痰少而粘，难于咳出者属燥痰。为燥伤肺津或肺阴津不足而致。

痰多白滑，易于咳出者属湿痰。乃湿聚为痰，上犯于肺而致。

痰中带血，血色鲜红，或咳吐鲜血者为热伤肺络、络破血溢。

痰如脓血，其味腥臭，如米粥状者为热毒蕴肺、肉腐成脓的肺痈证。

2. 涕、泪、涎、唾、汗

涕是鼻腔分泌的粘液，由肺所主。鼻涕清稀为外感风寒。鼻涕黄而粘稠为外感风热。久流浊涕不止而头痛者，应考虑是否鼻渊。

泪是眼睛分泌的液体，由肝所主。凡泪多热而胶粘、伴目红肿痛而畏光，多属肝经风火。凡泪多而冷清，目不红肿，不畏光者，多属肝肾两虚。

涎是从口腔流出的清稀液体，由脾所主。口中涎多，往往见于脾胃虚寒。口流清涎，由于脾冷。口吐粘涎，由于脾热。口吐涎、腹时痛者，蛔扰于中。涎自口角流出而不自知，睡则更甚，多属脾虚不能摄津，或为小儿胃热虫积所致。

唾是从口腔唾出的带泡沫的粘液，由肾所主。唾出多量唾沫，多为胃寒、积冷、湿滞、宿食。多唾亦见于肾虚寒证及大病新愈、胃阳未复者。

汗是从皮肤汗孔排出的液体，由心所主。表证无汗，兼恶寒发热，头身疼痛、脉浮紧者为外感风寒。表证有汗，兼发热恶风，脉浮数者为外感风热；脉浮缓者为中风。里证大汗，若汗热而粘稠，伴壮热口渴脉洪者为里热亢盛；如汗冷而清稀，兼四肢厥冷脉微者为阳虚欲脱。重危病人额部汗出如油，同时肢冷气喘脉微者，是久病精气衰竭，阴阳离绝，虚阳上越、津随阳泄的表现。

3．望呕吐物

观察呕吐物的异常变化，主要可以了解胃的病变。

吐物清稀，无酸臭味者是胃气虚寒。

呕吐清稀痰涎，吐出无明显恶心者为寒饮。

吐物秽浊，有酸臭味者是胃有实热。

吐不消化食物，其味酸腐者是胃有食积。

吐物色黄味苦者是肝胆郁热，胃失和降。

吐血鲜红或暗红，挟有食物残渣者是胃有积热或肝火犯胃，以致热伤胃络，络破血溢。立即吐出则鲜红量多，蓄积后吐出则血色紫暗。

呕吐脓血，其味腥臭者多为胃痈。

4．望大便

望大便色质量的异常变化，主要可以了解脾和胃肠的病变。

大便清稀，完谷不化，或水粪混合，溏如鸭便者，为寒湿困脾，或脾虚失运。

大便深黄而粘如糜，有恶臭者，为肠中湿热。

大便如粘冻，挟有脓血者为痢疾。其脓多色白者偏湿，病在气分；血多色赤者偏热，病在血分。赤白相杂者则湿热相兼，气血俱病。

大便干燥为内有实热，或热伤津液。

大便干如羊粪者可见于气结阴枯之噎膈病。

大便纯血，或血随便下者为便血。其先便后血，血色紫暗者为远血，可见于劳倦伤脾之脏毒下血；其先血后便，血色鲜红者为近血，可见于肠风下血或痔疮、肛裂。

5．望小便

望小便的颜色质量的异常变化，主要可以了解病证性质及肾、膀胱的病变。

小便清澈量多者多属寒证。

小便黄赤量少者多属热证。

小便混浊不清者多属湿热下注或脾气虚陷。

小便如脂如膏，尿难而痛者为膏淋。

小便夹有砂石，尿难而痛，或排尿中断、绞痛难忍者为石淋。

小便带血，尿难而痛者为血淋。

小便带血，排尿不痛者为尿血。血色鲜红为热伤血络；血色淡暗为脾虚不摄。

6．望月经

如值月经期间，可通过望诊以诊别其量之多少，色之深浅，质之稀稠及血块之有无、多少等。

如经量多、色深红、质稠浓。或挟有血块者，多属于热，若经量多、色淡、质稀，多属气虚。经量少、色暗滞，有小血块，伴小腹冷痛者，多属有寒。经量少、色淡、质稀，多属血虚。经量或多或少、色紫黯、夹有小血块、伴腹胀不舒，多属肝郁，经色紫红、量多或淋沥不断、血块甚多而伴腹刺痛，血块排出后则痛减者，多属血瘀。

7．望带下

带下是指妇女阴道流出的粘性液体，女子在发育成熟后，每逢经前期、经间期或妊娠期，带下稍有增多，为正常生理现象。带下明显增多者，可通过望诊以了解其量、色、质的变化。

带下量明显增多，色白而清稀者，多属虚证、寒证。色黄或赤而粘稠者，多属热证、实证。带下量多，色白如涕如

唾者，多属脾虚湿盛。若量多而清稀如水，多属肾阳虚衰。带下色黄或白或赤，淋沥不断；自觉外阴搔痒明显者，多为肝经湿热下注。杂见五色，如脓如血者，多为热毒或湿毒，应注意是否恶性肿瘤。

8．望脓液

脓的形质，宜稠不宜清。一般稠厚者，其人元气较充；淡薄者，其人元气多弱。若先出黄的稠厚脓液，次出黄稠滋水，为将敛佳象。若脓由稀薄转为稠厚，体虚渐复，有收敛之象。或脓由稠厚转为稀薄，为体质渐衰，一时难敛。若脓成日久不泄，一旦溃破，脓质虽如水直流、但其色不晦、其气不臭，未为败象。如脓稀似粉浆污水，或夹有败絮样物质，而色晦腥臭者，为气血衰竭，是属败象。

脓的色泽，宜明净不宜污浊。如黄白质稠，色泽鲜明者，为气血充足是佳象。如黄浊质稠，色泽不净，为气火有余，尚属顺证。如黄白质稀，色泽洁净，气血虽虚，未为败象。如脓色绿黑稀薄者，为蓄毒日久，有损筋伤骨之可能。如脓中夹有瘀血色紫成块者，为血络受伤。如脓色如姜汁，则每多兼患黄疸，病势较重。

二、闻　　诊

医生运用听觉和嗅觉来识别病人的异常声音和异常气味的诊断方法，叫闻诊。

（一）听诊

1．语声

(1) 语声强弱：语声高亢有力，喜多说话而躁动的，

多属实证、热证；语声低微或断续无力，不愿多说话而沉静的，多属虚证、寒证。语声重浊不清亮而带鼻音的，多见于外感或鼻渊病人，是气道不畅的缘故。发不出声音，叫“失音”。病初起便失音的，多属实证，常见于外感病人；久病失音的，多属虚证，多见于内伤病人，是肺肾阴虚、津液不足所致。

（2）语言错乱：语无伦次，声高有力的，是谵语，常与神昏同见，多属实证，常见于外感热病热人心包证。语言重复，声音低弱，时断时续的，是郑声，多属虚证，是心气大伤的缘故。怒骂叫号，喜笑无常，登高而歌，弃衣而走的，是狂言，常见于狂证。无人时自言自语，喃喃不休，见人便停止的，叫独语，可见于癫证、慢性病后期或病危时，往往伴有幻觉，如遇已故亲人等，多是心气不足。言语错乱，说后自知的，叫错语，也是心气虚弱。舌体不灵而致语言謇涩不清的，叫“舌謇”，常见于中风证。

2. 呼吸

（1）息微与息粗：息微是呼吸微弱无力，多属虚证，常见于内伤久病，如肺肾之气不足的病人；息粗是呼吸有力而不平和，多属实证、热证，常见于外感热病，其病多在肺胃。

（2）哮与喘：哮是按声响来讲，喘是按气息而言。呼吸急促，喉中痰鸣如水鸡声，是哮证，多由痰饮阻塞气道引起。呼吸急促、困难，甚至张口抬肩，不能平卧，是喘证。喘而声高息粗，只以呼出为快的，多属实喘，常见于肺脏实热或痰饮内停；喘而声低息微，只以吸入为快的，属虚喘，多是肾不纳气。

（3）少气与短气：呼吸微弱无力，短而声低，其状态比较自然的，叫少气（或叫息微），是气虚的见症。呼吸急而短促，不能接续，似喘而不抬肩，且无痰声的，叫短气（或叫气短）。它有虚实之分，以实证为多见。见于虚证的，动则更甚，多是肺气虚证；见于实证的，常有心腹胀满，可见于气滞、痰饮或阳明腑实证。

（4）上气与太息：气上逆于喉间、气道窒塞，呼吸急促，叫上气。前述的哮、喘、短气，都是在呼吸急促的基础上再加各自特点。咳逆上气，时时吐浊，但坐不得卧的，是胸膈有痰饮。火逆上气，咽喉不利的，是由阴虚火炎引起。外邪束表，肺失宣降，津液不布而身肿，也可见上气症。太息也即叹息，是一种比较深长的呼吸，时发吁叹的声音，多因肝气郁结。

3．咳嗽

有声无痰的叫咳，有痰无声的叫嗽，有声有痰的叫咳嗽。但临床上并不能如此截然分明，常并称"咳嗽"。咳声重浊有力的，多属实证；咳声低微无力的，多属虚证。干咳无痰或少量粘痰，是燥咳。见于新病的，多因燥邪犯肺；见于久病的，多是阴虚肺燥。咳嗽有痰而声低，痰多而易咳出，是痰湿咳嗽或寒咳。咳嗽阵作，咳时气急，连声不绝，甚至呕恶。终止时作鹭鸶叫声的，叫顿咳，绝大多数见于小儿。呛咳气急如犬吠声，多是白喉。

4．呕吐

有声有物的，叫呕；有物无声的，叫吐；有声无物的，叫干呕。三者均由胃气上逆所致。一般来说，吐势徐缓，声音低微无力的，多属虚寒证；吐势较猛，声音响亮有力的，

多属实热证。

5．呃逆

气逆上冲咽喉，发出一种不自主的冲击声，其声呃呃，连续不断，叫做呃逆，古称“哕”，俗称“打呃”（膈肌痉挛）。一般多是一时性的胃气上逆，或因咽物急促，或因饮食时风寒入胃引起，呃声不高不低，无其他不适，可不治自愈。若呃声不断，声高而短，响亮有力的，多是胃实热证；呃声低而长，微弱无力的，多是胃虚寒证。久病呃逆，呃声低微，半日才呃一声的，多是胃气衰败的危证。

6．嗳气

气体自胃向上，出于喉间所发的声响，叫嗳气，古称“噫气”，俗名“打饱格”。常见于饱食之后。嗳气而脘胁作胀的，多属肝胃不和。嗳气而口苦吞酸的，多属火郁气逆。嗳气而口淡无味或泛清水的，多是胃虚寒证。嗳气而有酸腐气味的，多因胃肠积滞不化。

总之，听病人的异常声音，以重浊、响亮、调高、息粗有力的，多属实证、热证；轻清、细弱、调低、息微无力的，多属虚证、寒证。

（二）嗅诊

1．口气

正常人说话时，不会发生口臭。口出臭秽气的，多属胃热，或消化不良，或龋齿。口出酸臭气的，多是胃有宿食。口出腐臭气的，多是牙疳或内痈。口出刺激性腐肉样气味的，见于肝热蒙心。呼气有烂苹果味的，见于消渴病晚期（糖尿病酮症酸中毒）。呼气有尿味的，见于水肿病浊阴上犯（尿毒症）。

2．痰、涕

咳吐脓血痰，其味腥臭的，多是肺痈。鼻流浊涕有臭气的，是鼻渊证。

3．大、小便

大便臭秽的，多属热证；大便稀薄腥气的，多属寒证。矢气腐臭如臭蛋味的，多因消化不良、宿食停滞。小便臊臭的，多是湿热下注。

4．经带

月经有臭气的，属热；腥气的，属寒。白带腥气无臭味而清稀的，多是寒湿或脾肾虚寒；有臭气而黄稠的，多是湿热。

5．呕吐物

呕吐物无臭味而喜热饮的，是胃寒。呕吐物气味酸臭而喜冷饮的，是胃热。呕吐未消化食物，气味酸腐的，是宿食。呕吐脓血而腥臭的，是内痈。

三、问　　诊

在病人自诉病情之后，医生有目的地通过询问病人或其家属、亲友或陪诊者，以了解病情的诊察方法，叫问诊。

问诊是诊察疾病的重要方法之一，因为病人的自觉症状及病史等，只有通过病人的叙述才能了解，所以在长期的临床实践中，问诊越来越受到医家的重视。

问诊时，首先要倾听病人的主诉，即病人自诉的主要病痛。围绕主要病痛，再根据中医基本理论，从整体出发，按辨证要求，有目的地深入询问，收集病情。一般顺序，应先

问现病的原因、诱因，使病人诉述起病前的行动起居。次问起病迄今的经过，使病人主诉其自觉症状，先觉某症，次觉某症，最苦的是何症。逐一作排除性诊断，由此揣定其病的性质。另外，起病后的医疗经过，治用何法？服过何药？有何反应？均需详细询问，以便作为现在用药的参考。例如，病人自诉腹痛，医生就要询问起病原因、诱因以及经过，询问腹痛部位，以了解痛是在上腹部、下腹部，还是脐周围？接着要问痛的性质是阵发性还是持续性的？是绞痛、隐痛、刺痛，还是刀割样痛？是固定一处，还是到处窜痛？疼痛是拒按还是喜按？再问痛的时间是在饱食后还是饥饿时？痛时是否想解大便？解大便后，痛是否减轻？等等。

询问病情，既要抓住重点，又要了解一般。为获得比较真实可靠的材料，在问诊中不能给病人任何暗示，以避免诊断的不准确性和不可靠性。若病人的病情较为严重或恶化时，医生应注意保护性医疗制度，不应在病人面前谈起他的病重或恶化，以免病人因情绪波动而引起更不利于病情的后果。应作婉转解释，给以必要的安慰和鼓励；但对其家属或亲友则须说明情况及可能发生的转归与变化，以便他们有所准备并对病情了解。问诊时，医生要认真负责，态度和蔼，讲话要通俗易懂。不宜使用病人不易理解的医学术语，如问胃痛病人“拒按吗”？头痛病人“如裹吗”？发烧病人“恶寒吗”？等。这样，病人既不易理解又容易引起误解。

问诊的内容，主要有以下几个方面。

（一）问一般情况

1．姓名

问姓名，是为了病历的记录与查阅，并使处方给药不致

差错。

2. 性别

除妇女有经带胎产病的特点外，男女性别在其他疾病的辨证上也有参考价值。

3. 年龄

人体发育随年龄不同而不同，故年龄与疾病密切相关。如麻疹、水痘等多见于小儿，中风证多见于老人，青壮年患实证为多。

4. 职业

有些疾病的发生与职业有关，如建筑工人等易得痹证，多坐少动的人易患痔疮等等，所以须问职业及工作环境，为诊断参考。

5. 籍贯和住址

由于籍贯不同，病情和用药常有它的特殊性。前人曾说："北方多伤寒，南方多湿病。"西北惯用大量麻、桂，四川常用附子，南方则往往是桑、菊、银、翘。这说明因时因地因人不同，则需在临床上加以考虑。同时还得注意地方病问题。如长江流域及长江以南地区的臌胀病、桑蚕地区的桑叶黄、地方性的瘿病等，常在某些地区流行。所以询问病人的籍贯、住处及近期到过的地方，是十分必要的。住址还可作为疗效追踪观察的依据。

6. 婚姻及生育

某些病与婚否有关，因此须问明病人的婚姻及生育情况。如妇女经停，未婚则考虑闭经，已婚则当注意是否有孕。

7. 生活习惯

生活习惯，如嗜好、体质、个性、起居等往往与疾病有关。

饮食五味有所偏嗜的，常相关于脏气的偏盛或偏虚。如平日喜热恶凉的，是阴气偏胜；喜凉恶热的，是阳气偏胜。饮食无节的，胃肠病多。嗜茶的，多病痰湿；嗜酒的，多病痰热；嗜烟的，易患咳喘病。

素体壮实的，抗病力强；平素体虚的，抗病力弱。这常影响疾病的预后。

精神生活状况，对某些疾病的发生、发展及预后，影响也很大。心情愉快的，则气血调和，不易得病；心情苦闷的，则气血怫郁，易患郁证；心情急躁的，则肝火偏亢，易得热证。某些病人还可进行精神疗法，按七情所伤进行调理，有利于病愈。

（二）病史

1. 现病史

病人曾否接触过类似现病的病人？曾否到过有地方病流行病的地区？这在诊断时有助于建立一个初步概念，帮助辨证论治。从发病情况来看，若病起急暴，每多属外感，多见实证；病起缓慢，或病久，食少疲乏，每多属内伤，多见虚证。从疾病演变来谈，急性病病情常朝夕就有很大变化；慢性病病程较长，病情更复杂。病起很轻而现在变重的，就应注意标病本病的吉凶，随证变法；病起很重而现在转轻的，也应考虑症虽减轻但往往邪衰正也衰，或是表面转轻而内在却变重。故还宜审慎从事。至于以往医疗经过，曾用何法治疗，服过何药，服药后有何反应，不论其有效或无效，大多可作为我们现在临床处理的借鉴。

2. 既往史

病人的既往病史常与当前的病证有因果关系。如脾脏肿

大的，可能曾患疟疾？头晕腰酸耳鸣的，在男子是否曾患有遗精，在妇女有否经带病症？有些病经治后，症状虽已消失而病根未除，如疟疾、癫痫、中风等病，一旦条件成熟，便能复发。

3．家族史

某些疾病是有遗传性的，因此询问家族史可帮助诊断。遗传不一定父子一代，有相隔二世或数世而发病的，所以病人的父母，而且其祖父母、伯叔父母、外祖父母、舅、姑、姨等的健康情况，都在被询问的范围之内。

（三）现在症状

现在症，是问诊的重点，是辨证的主要依据之一，应予足够重视。主要内容分述如下：

1．问寒热

寒热，就是恶寒发热，是较为常见的症状。病人感觉怕冷，虽不当风也觉寒冷，身发热也不愿去衣被，加衣被或近火取暖仍觉寒冷的，叫恶寒，常见于外感表证。若怕冷、甚至手足发凉，但加衣被或近火取暖而有所缓解的，叫畏寒，多见于内伤杂病。还有“恶风”，病人怕风，遇风便觉寒冷，皮毛耸起，但加衣被或居密室（不见风），便无所恶风（缓解），叫恶风。中医学把病人自觉全身或某一局部发热感的，称发热。其体温常高于正常，但是也可正常。

疾病的恶寒发热，有同时并见的，有单独出现的。其寒热，也有不同的特点及不同的兼症。常见的寒热有如下几种。

（1）恶寒发热：新病初起，恶寒与发热同时并见的，多见于外感表证。其寒热常骤然发作，虽加衣被，仍然恶寒；手背热高于手心，背部热甚于腹部。恶寒重发热轻的，是风寒表证的特征。寒邪束表，卫阳被伤，所以恶寒重；卫阳被

寒邪郁闭，不得宣泄，所以无汗而发热；寒性收引凝滞，经脉凝滞不通，所以还兼头身疼痛而脉浮紧等症。发热重恶寒轻的，是风热表证的特征。风热为阳邪，阳邪在表，所以发热重；风热袭表，卫外不固，所以汗出；汗出则腠理疏，所以微恶风；因其为风热阳邪而又汗出，所以常兼口渴、脉浮数等症。表证发热恶寒的轻重与邪正盛衰有关。邪轻正衰（或正不虚）的，恶寒发热常较轻；邪正俱盛的，恶寒发热多较重；邪盛正衰的，恶寒重而发热轻。

（2）但寒不热：只怕冷不发热的，有二类。一是外感初起，卫气被邪气所遏，一时不能达于肌表，所以体寒抖战而暂时未发热，但以后即见发热，属表寒实证。或寒邪直中脏腑，阳气被伤而见畏寒或病变部位冷痛，就是所谓"阴盛则寒"，属里寒实证。一是病人只感畏寒而不发热，多属虚寒证。阳虚内寒，不能温煦肌表，所以同时并见面色㿠白、肢冷蜷卧、喜着衣被、自汗背恶寒、唇淡口和等虚寒证的表现。

（3）但热不寒：发热不怕冷的常见下列几种。

壮热：就是大热。其特点是，高热（39°C以上）、蒸蒸而热（如热气蒸腾）、不恶寒而反恶热、肌肤灼热（久按则热更甚）。多由风寒表证入里化热，或风热表证内传，或温热之邪直中于里而成。就是所谓"阳盛则热"。因里热炽盛，蒸达于外，所以常伴口渴多汗、苔黄脉数等症。

潮热：就是发热如潮有定时。多在下午发热或热更甚。常见有以下三种。一是阴虚潮热，常在午后或入夜低热，一般不超过38°C。其特点是，五心烦热（手足心及胸口觉热），甚至骨蒸潮热（热自深层向外蒸发的感觉）。常伴见盗汗、颧红消瘦、口咽干燥、舌红少苔脉细数等症。可见于肺痨病

等。二是阳明潮热。其特点是，日晡（下午3～5时）发热或热更盛。是燥热内结于胃肠，阳明经气旺于日晡之时的缘故。常伴见腹满痛拒按、大便燥结、手足汗出、苔黄糙，甚则舌生芒刺等症。可见于阳明腑实证。三是湿温潮热。其特点是，身热不扬、午后热甚。所谓身热不扬，是指发热虽甚而皮肤不灼手，甚或四肢反凉；或初扪之不觉热，扪之稍久就感灼手；或发热较高而病人并不感到太热。是湿遏热伏于中焦脾胃，湿性粘滞，热在湿中，难于透达的缘故。常伴见汗出热不解或汗出热减、继而复热、口渴不思饮、胸闷呕恶、不饥不食、头身困重、便溏苔腻等症。可见于中焦湿热证。

长期低热：就是久病发热，体温稍高于正常（一般不超过38°C），或自觉发热而体温正常。可见于阴虚潮热、气虚发热等。气虚发热的，除长期发热外，还常见汗出微恶寒、劳倦则甚、面色㿠白、食少短气乏力、舌淡脉虚等症。

（4）寒热往来：恶寒与发热交替而作（怕冷时不发热，发热时不怕冷），叫寒热往来。可分二型。一是少阳证。其特点是，寒热往来无定时。常兼见胸胁苦满、口苦、咽干、目眩、不欲饮食等症。是因邪在半表半里，邪气不能完全入里，正气又不能抗邪外出，邪郁则恶寒，正胜则发热，邪正交争，所以往来寒热。一是疟疾。其特点是，寒战与壮热交替，发作定时，一日一次或二三日一次，汗出热退如常，持续反复，经久不愈，多伴有头痛。是因疟邪伏藏于半表半里之间，入与阴争则寒，出于阳争则热，所以疟疾先寒后热，休作有时。

总之，寒证显然易知，或外寒，为寒邪束表伤阳或寒邪直中；或内寒，为火衰于中。热证则比较复杂，表热、里热、

虚火、实火，都得细细辨析。还得注意，热病固多属实，而虚热则不可误；寒病固多属虚，而实寒则也时有。

2．问汗

汗液是体内阳气蒸化阴液，出于皮肤而成。在生理情况下，人体微微汗出，可维持体内阴阳平衡。若因饮热、向火、劳动等原因而出汗多，是属生理现象。当汗出而无汗或不当汗出而反有汗及汗出过多的，都是病理反应。常见下列几种。

（1）表证辨汗：新病恶寒发热而无汗的，多属外感寒邪。因寒性收引，使腠理致密，汗孔闭塞所致，如太阳伤寒表实证。新病恶寒发热而有汗的，多属外感风邪，如太阳中风表虚证、风热表证、气虚外感风邪的表证。因风性开泄，热性升散，风热袭表，腠理疏松而汗出；若卫气虚，肌表不固，则更易汗出。

（2）自汗：白天不因劳动、厚衣、气温高或发热而常汗自出，活动后汗出更甚的，叫自汗。若并见神疲乏力、气短懒言等症的，是气虚自汗；再兼形寒怕冷的，是阳虚自汗。是因卫气虚弱，阳气不足，肌表不固，营阴外泄所致。

（3）盗汗：入睡汗出，醒则汗止，叫盗汗。多属阴虚，所以又称阴虚盗汗。是因阴虚病人入睡后，卫阳行于里而加重阴虚阳盛，阴虚不能敛阳，阳不能入阴则迫津外泄所致。常兼潮热骨蒸、五心烦热、失眠颧红、口咽干燥等。

（4）大汗：汗出量多，如淋如雨，叫大汗。汗出蒸蒸，并见高热不退，烦渴饮冷，脉洪大等症，属实热证，是阳热内盛，迫汗外泄所致。若大汗淋漓，汗清稀而凉，兼见肌肤凉手足冷、蜷卧神疲、呼吸喘促、脉微欲绝等症，是阳气欲脱的危候；若大汗淋漓，汗出热而粘，如珠如油，揩之复出，

兼见肌肤热手足温、脉细数疾按之无力等症，是阴液欲竭的重症。两种大汗淋漓的原发病危重，加上阴津大量外泄，更加重病情，所以又称“绝汗”或“脱汗”。还有一种叫漏汗的，是因发汗太过，卫阳被伤，腠理开泄，不能固表而汗出如漏不止。

（5）战汗：先见全身寒战，甚则肢冷脉伏，几经挣扎而继之全身透出大汗的，叫战汗。多见于温热病中。是邪盛正馁，邪伏不去，一旦正气恢复，邪正相搏而成。是病变发展的转折点。若汗出热退，脉静身凉，是邪去正安的好转现象；也有一汗不解，需要再汗而解的。若汗出而病仍不解，见烦躁不安、脉来疾急的，是邪胜正衰、正不胜邪的危候。外科病出现战汗，应警惕破伤风或脓毒内攻。

（6）头汗：汗出仅限于头部，叫头汗。有生来就常头面汗出的，俗称“蒸笼头”。病理性的头汗，有虚实两类。属实证的，可因上焦邪热熏蒸，伴烦渴、苔黄、脉浮数等症；或因中焦湿热郁蒸，伴身重倦怠、小便不利、苔黄腻等症。属虚证的，可见于大病后，或老年人气喘的头额汗出，多是气虚不摄；若重病末期，突然额汗大出，则是虚阳上越，津随气脱的危象。

（7）半身汗：半侧身体出汗，或左、或右、或上、或下，有的仅半侧脸出汗，都叫半身汗。原因有二。一是风痰或风湿之邪阻滞身体一侧经脉，致使气血津液不能正常布达；一是营卫不周（周流），气血不和所致。半身汗出，常是中风、偏瘫的先兆或表现。

（8）手足心汗：手足心汗出，不太多的，是生理现象。手足心是手厥阴、足少阴经脉所过之处，若手足心汗出过多，

又兼见口干咽燥、便秘尿黄、脉细等症的，多因阴经郁热熏蒸所致。独见于心胸部汗出过多，常是劳心过度且思虑伤脾的心脾两虚证，多兼有心悸怔忡、食少腹胀、倦怠乏力、脉细弱等症。

3．问疼痛

痛，是临床最常见的自觉症状之一。引起痛的病机，多是经络闭阻、气血运行不畅。中医常说“不通则痛”、“通则不痛”。前者是指疼痛的病机，后者是说疼痛的治则。一般而言，新病疼痛，发病急，痛无休止或痛而拒按的，多属实证；久病疼痛，起病缓，时作时止或痛而喜按的，多属虚证。可从下列两方面问痛。

（1）疼痛性质

胀痛：痛而且胀的，叫胀痛。多属气滞。如胃脘胀痛，喜热恶冷的，多是中焦寒凝气滞；胸胁胀痛的，多是肝郁气滞。气滞引起的胀痛，以胀为主，走窜不定，往往在嗳气或矢气后减轻，并常随情志的变化而变化。但血瘀导致气滞，也能发生胀痛，是以痛为主，痛处固定，且与嗳气、矢气或情志变化关系不大，常伴舌质青紫、肌肤甲错、癥积等瘀血症状。

重痛：疼痛并有沉重感觉的，叫重痛。多属湿证。多因湿性重浊而粘滞，湿邪困阻于经脉，使气血流行不畅所致。

刺痛：疼痛如针刺的，叫刺痛。多属血瘀所致。刺痛的部位常就是瘀血的所在。

绞痛：痛如绞割的，叫绞痛。多因有形实邪突然阻塞气机所致。如心血瘀阻引起的真心痛（心绞痛）；蛔虫上窜引起的脘腹痛（胆绞痛）；石淋引起的小腹及腰背痛（肾绞痛）等。

灼痛：痛有灼热感而喜凉的，叫灼痛。多由火邪窜灼经脉，使气血逆乱，或阴虚阳热亢盛所致。如痈肿疮疖未溃的红肿热痛；热痹的关节疼痛，局部灼热红肿，得冷则舒。

冷痛：痛有冷感而喜热怕冷的，叫冷痛。多由寒邪阻络或阳气不足所致。如寒冷饮食伤脾阳的腹部冷痛，痛痹证的关节冷痛等。

隐痛：疼痛并不剧烈，但持续时间较长的，叫隐痛。多是气血不足而运行不畅所致。

掣痛：疼痛有牵扯感的，叫掣痛。多因肝血不足，筋膜失养，或肝阳化风，风邪煽动，或寒客经脉，阻滞不通，而筋膜经脉拘急所致。

（2）疼痛部位

头痛：可分外感和内伤两大类。外感头痛，起病较快，痛无休止。若头项强痛，上连头顶，伴无汗、恶风寒等症的，是风寒之邪闭阻太阳经脉的风寒头痛；头痛而胀，伴发热、汗出、咽红痛等症的，是风热上扰而气血上壅于头的风热头痛；头痛沉重如裹，伴身重肢酸等症的，是外感风湿而阻遏清阳的风湿头痛。内伤头痛，起病缓慢，病程长，时痛时止。若头痛眩晕，伴见暴怒胁痛等症的，是肝阳上亢而气血上冲的肝阳头痛；头痛眩晕而昏蒙，伴见胸闷痰多等症的，是痰湿中阻而清阳不升的痰湿头痛；头痛隐隐不止，伴见面白唇淡等症的，是血虚不能上荣头部的血虚头痛；头痛绵绵不休，站立或过劳则更甚，伴见自汗乏力等症的，是气虚清阳不升的气虚头痛。

根据头痛的部位不同，可以鉴别病在何经。后头痛连及项背的，是太阳经头痛；前额痛或连眉棱的，是阳明经头

痛，头痛在两侧或太阳穴附近的，是少阳经头痛；头痛而重的，是太阴经头痛；头痛连齿及咽喉的，是少阴经头痛；痛在巅顶，牵引头角的，是厥阴经头痛。

胸痛：胸部位于上焦，是心肺所在之处，所以胸痛多见于心肺病变。如胸痛而咳吐脓血的，多是肺痈；胸痛喘促而鼻煽、高热、咳吐铁锈色痰的，多属肺热咳喘；胸痛而潮热、盗汗、颧红、痰中带血的，多属肺痨。胸痛反射到背，背痛反射到胸的，叫胸痹，多属心阳不振、痰浊阻滞、瘀血内阻所致；胸前憋闷，痛如针刺刀绞，甚至面色灰滞，冷汗淋漓的，是真心痛，多属心血瘀阻或寒凝心脉。还有，胸闷痛而痞满的，多是痰饮；胸胀痛而走窜，嗳气或矢气就痛减的，多是气滞。

胁痛：胁肋胀痛，咳唾则加剧，转侧、呼吸都牵引而痛的，是饮停胁肋的悬饮；胁肋胀痛，性急易怒，抑郁则痛剧的，是肝郁气滞；胁痛如刺，固定不移，舌质紫暗的，是瘀血内阻；胸胁痛而兼寒热往来、口苦喜呕的，是少阳证。胁是肝胆二经分布的部位，所以其他如肝火上炎、肝胆湿热等肝胆病变也常见胁痛。

脘痛：脘，指上腹，是胃所在的部位，又叫胃脘。脘痛以胃脘部近心窝处经常疼痛为主症。古人所说的心痛，常指胃痛而言。胃脘冷痛，兼恶寒厥冷、口吐清水的，多属寒邪犯胃；胃脘灼痛，兼泛酸、善饥、口渴的，多属胃热积聚；脘痛痞闷，吞酸嗳腐的，多属食滞胃脘；胃脘胀痛连胁兼嗳气的，多属肝气犯胃；胃脘刺痛不移，或有积块可摸到，或见大便色黑的，多属瘀血阻滞；脘痛喜按，按之则痛缓，或得食而痛减，兼少气乏力的，多属胃气虚弱。

腹痛：腹部分大腹、小腹、少腹三部分。脐以上叫大腹，属脾胃；脐以下叫小腹，属肾、膀胱、大小肠及胞宫；小腹两侧叫少腹，是肝经经脉所过。

腹部冷痛兼口不渴、小便清大便溏的，多因寒凝；腹痛硬满兼身热口渴、心烦便秘的，多因实热燥结；腹部胀痛，常随情志变动而增减，且得嗳气或矢气常可痛减的，多因气滞；腹部刺痛不移，有块拒按，舌质青紫的，多因血瘀；肠鸣腹痛腹泻便臭，泻后痛减的，多因食滞；脐周痛，饥时痛甚，是吐清水，也有突然腹部剧痛、按之有块或有条索感，甚至汗出肢冷、呕吐蛔虫的，是因虫积。以上多属实证。虚证腹痛，其痛绵绵，时作时止，痛时喜按，兼见气虚、血虚或虚寒的症状。

少腹痛，多是肝气郁于血络所致。若少腹硬满而痛，兼小便利的，是蓄血证；兼小便不利，或点滴作痛的，属癃闭或淋证。少腹牵引睾丸坠胀疼痛的，是疝痛，多属寒滞肝脉，或属肝气郁结。右侧少腹疼痛拒按的，要考虑肠痈。妇女少腹疼痛的，还须考虑月经病等。

腰痛：腰为肾之府，腰痛多见于肾脏病变。若腰痛如坐水中、沉重，天阴或久坐加甚的，多属寒湿；腰痛伴有热感、拒按或有叩痛，兼尿痛等症的，多属湿热；腰部刺痛不移，不能转侧，或大便黑色的，是属血瘀。以上多属实证。腰部酸痛无力，其痛绵绵，遇劳更甚，卧则减轻，若兼腰冷夜尿多、溲清便溏的，是肾阳虚；兼颧红潮热或遗精的，是肾阴虚。妇女经带过多，常见腰部酸痛，每每劳累后加重。

四肢痛：四肢疼痛，包括关节、肌肉、经络。多因外感风寒湿邪，气血运行受阻。其痛多与气候变化有关。若游走

窜痛的，叫行痹，以风邪侵袭为主，又叫风痹；疼痛剧烈的，叫痛痹，以感受寒邪为主，又叫寒痹；痛处不移、沉重的，叫着痹，以感受湿邪为主，又叫湿痹。若关节红肿热痛，痛不可近，关节不能活动的，多是风寒湿邪外束，邪郁化热的热痹。也有因脾胃虚损，水谷精气不能运于四肢而发作肢痛的，多伴有脾胃虚弱的症状。足跟痛，甚者牵引腰脊的，多属肾虚或跟骨骨刺。发汗后，营卫气血不足而四肢失养，可致身疼痛。虚劳久病，身体忽然痛甚的，是津血亏极。妇女产后身痛无表证的，多因血虚或瘀血滞于经络。

4. 问麻、痒、肿、胀

（1）问麻：身体麻木不仁，如风痹状，脉多微涩的，叫血痹，多由营卫气血素虚，外邪伤于血分所致。肢体关节疼痛重着，肌肤麻木不仁的，是湿痹。年过四十而常见手指麻木、口唇发麻，伴头痛眩晕、肌肉跳动的，多属中风先兆。肌肤不仁、手足麻木，突然口眼㖞斜、语言不利，甚则半身不遂的，属中风，是风中经络。瘀血阻络，肌肤失养，也能引起肌肤麻木不仁，常见口唇舌质青紫等症。此外，麻风病人也感皮肤麻木，但在麻木部位兼见其特有的皮损症状，甚至鼻梁塌陷唇翻。

（2）问痒：有太阳病桂麻各半汤证的身痒，是阳气闭郁，不能汗出，表邪不彻的缘故。有瘾疹的皮肤瘙痒，皮疹数目随搔抓而增大增多，可融合成片。有昆虫叮咬，固定一处的瘙痒。外科病愈合脱痂前，常皮肤作痒。如属疥癣痱子等皮肤病的皮肤痒，则有一定的外证。黄疸可皮肤瘙痒，是因胆汁外溢，逆入血分所致。

（3）问肿：若眼睑浮肿，继则四肢及全身皆肿，常伴恶风

寒发热，或咳嗽而喘等症的，多因风邪侵肺；肢体浮肿，常伴身重困、尿少等症的，多因水湿浸渍；遍身浮肿，皮色润泽光亮，常伴烦热便秘尿赤等症的，多因湿热壅盛。以上多属阳水。因劳倦内伤、房室过度，或阳水久病不愈，致脾肾阳虚而水肿的，多属阴水。阴水身肿，腰以下为甚，伴脘闷腹胀、食少便溏、神疲乏力的，是脾阳虚；伴腰冷痛酸重，四肢发冷、面色黧黑的，是肾阳虚。臌胀病，也可下肢浮肿，与一般水肿的鉴别点在于臌胀是单腹胀大，有青筋暴露等。

（4）问胀：胸腹胀满，若胀塞中满的，是实邪；不欲食，不知饥，似胀非胀，按之柔和不痛的，是痞气。胀满，在上腹部的，病多在肝胆脾胃；在下腹部的，病多在肝肾；新痛暴起的属实；久病徐起的属虚。腹大胀满，喜温怕冷，兼胸脘胀满、身困食少便溏的，是寒湿困脾；腹大坚满，脘胀撑急，兼烦热口苦、便秘尿赤的，是湿热蕴结；暴饮暴食，胀满骤起畏食的，是食滞胃脘；胸部胀闷，痰涎壅塞，吐咯不尽的，多属停痰；胸腹胀满，精神抑郁，得嗳气或矢气则舒，常与情志因素有关的，多属气滞；胸腹闷胀又刺痛的，多属血瘀；胸胁苦满兼寒热往来等症的，是少阳病。以上多属实证。若不食不胀，食后脘腹胀满，食少便溏乏力的，多是脾胃气虚；腹大胀满，得温则舒，伴面色㿠白、畏寒肢冷，或下肢浮肿、小便不利等症的，多是脾肾阳虚；腹大胀满，伴口燥咽干、心烦尿少等症的，多是肝肾阴虚。至于痞证，常见于太阳病变证，多因太阳病误下致里虚，无形的邪气结于心下（胃脘）。

5．问睡眠

睡眠异常，主要是失眠与嗜睡。

（1）失眠：又叫"不寐"。主要表现为不易入睡，或易醒，或整夜难眠。失眠的病机是"阳不入阴"，常见的病因有两方面。一是正虚，不寐，若兼心烦潮热盗汗，腰膝酸软等症的，多是心肾不交；兼心悸怔忡，多梦易醒，神倦口淡，面色无华等症的，多是心脾两虚；兼惊悸多梦易恐等症的，多是心胆气虚；还有年高气血虚弱，阳不交阴的不寐。二是邪实，失眠若兼见眩晕口苦呕恶，烦躁惊悸，苔黄腻等症的，多属胆火郁热，痰热内扰；兼见脘腹胀痛，厌食嗳气，或呕吐酸臭，大便不调等症的，多属食滞内停，即所谓"胃不和则卧不安"，尚有高热，热入阳明，烦躁不安的失眠等。

（2）嗜睡：表现为不论昼夜，经常睡意很浓，时时不自主地入睡，唤之即醒，醒后复睡。嗜睡兼见头目昏沉，身重困倦，胸闷食少的，多因湿困脾阳，清阳不升；若神疲欲寐，神态朦胧，畏寒蜷卧，不利而渴，脉微细的，多因心肾阳虚，如少阴病；昏睡兼高热谵语的，多是热入心包的热盛神昏；湿温病湿热阻滞清窍，也可致神志昏迷。还有年高阳虚而嗜睡；脾气素虚，神疲倦怠而嗜睡。若病后身热嗜睡，是余邪未清；病后无热嗜睡，是正气未复。

6．问饮食口味

（1）口渴与饮水：在病变过程中，口不渴的，是津液未伤，多见于不明显的寒证或热证；口渴的，是津液已伤或津不上承。若口渴多饮喜冷饮，是热邪炽盛伤津。口中和，索水不欲饮，喜热饮，多因下焦虚寒，气化失常，水津不升。若渴喜热饮、饮量不多，或口渴欲饮、饭后不适，或先渴饮而后作呕，或水入即吐、小便不利的，多是痰饮内停，津不

上承。先有吐泻而后渴饮的，是津液大伤而引水自救。口渴而不欲多饮，可见于热人营血或湿热内蕴或肝肾阴虚、肺肾阴虚。口干但欲嗽水不欲咽，伴舌质青紫或舌有瘀斑的，多是瘀血内阻，津液不化。口渴引饮，小便量多，多食的，是消渴。大汗大吐大下大失血后，可因津血伤而口渴。

(2) 食欲与食量：中医认为“有胃气则生，无胃气则死”，所谓有无胃气的一个主要表现，就是能否进饮食。饮食如常，表示虽病但病势轻，胃气未伤，若病得食稍安的，多是虚证；得食更甚的，须参考脉症而定虚实。平常人喜热饮食，是阴脏人；平常人喜冷饮食，是阳脏人。病人喜热饮食，多属内寒；病人喜冷饮食，多属内热。食少或不欲食，多是脾胃功能失常。食少，若兼面色萎黄、少气、倦怠等症的，是脾胃气虚；兼口干咽燥、舌红苔少等症的，是胃阴不足；兼胸闷腹胀、身困重、苔厚腻等症的，是湿邪困脾。厌食，伴脘腹胀满、嗳腐呕吐的，多因伤食；厌食油腻厚味，伴身目发黄的，多是肝胆湿热或脾胃湿热；妇女妊娠厌食，伴恶心呕吐，喜食酸、辣、咸味及果实，经停的，多因冲脉之气上逆。病人食欲过旺，易饥多食的，叫消谷善饥，常日见消瘦，属胃火炽盛；能食善胀便溏，属胃强脾弱。饥不欲食，伴口干舌红少苔的，多属胃阴不足，虚火上扰；似饥非饥，欲食又食不多，似痛非痛，胃中热辣不宁的，叫嘈杂，多属胃热、胃气虚、血虚。嗜食生米、破布、泥土等异物的，多是虫积，多见于小儿；但妇女妊娠偏嗜酸辣咸味等食物，一般不属病态。疾病过程中，食量渐增，表示胃气渐复，病虽重也有转机；若食量渐减，常是脾胃功能衰退，病虽轻也有转剧的可能。病久不能食，但突然反而暴食的，叫“除

中”，是中焦脾胃之气将绝，“回光返照”的一种表现。

（3）口味：口味是指口中的异常味觉与气味。若口苦，多是肝胆实热、胆汁上溢；口咸多属肾热；口甜而腻，多属脾胃湿热，脾浊上泛；肝经痰火，也可见口甜；口中泛酸，多是肝胃蕴热；口中酸馊，多是食积内停；口淡乏味，初病的多属风寒痰湿，久病或急性病后的多属脾虚不运；口涩，多见于津液缺乏。

7．问二便

（1）大便：大便干硬，排出困难，便次减少，几日一行的，叫便秘。若兼见腹痛拒按、面赤身热、尿短赤等的，属热秘，多因热结肠道。便秘或大便不干而排出困难，兼胸胁腹部胀满而嗳气或矢气则舒、食少的，属气秘，多因肝脾气机郁结。便秘兼面色苍白、畏寒肢冷等的，属冷秘，多因阳虚阴凝而津液不行。属虚秘的，有兼面色无华、头晕心悸等的，多因血虚；兼舌红少津苔黄燥等的，多是大肠液亏，多见于老人、妇女产后或热病后期；大便不干不稀而排便困难，兼面色晄白、少气乏力的，多因肺脾气虚而传导无力，老人居多。还有习惯性便秘、痔疮引起的便难和热结旁流。热结旁流是燥屎结于大肠上段离肛门较远的部位而热迫水津从大肠下段流出。其特点是泻下清水无粪便，气味特臭又伴腹痛拒按、口干苔燥少津。

大便稀软，甚至如水样，便次增多，一日数行，甚或数十行的，叫溏泻或泄泻。新病泄泻多是实证，久病的多是虚证。若泄泻清稀不臭或腥，常伴肠鸣腹痛，或寒热头痛、肢体酸痛的，多因寒湿或风寒侵及肠胃。泻下黄糜粘液不爽，常伴腹痛即泻、烦渴溲赤的，多是大肠湿热。大便有不消化

食物而酸腐臭秽，常伴脘腹痞满、嗳气呕吐不欲食的，多因伤食。大便先干后溏，水谷不化，常伴食少腹胀乏力的，多属脾胃虚弱。水粪夹杂，下利清谷或五更泄泻，常伴腹部恶寒肢冷的，多属脾肾阳虚。大便时干时稀，每因恼怒即腹痛泄泻，常伴胸胁痞闷、嗳气食少的，多属肝脾不和。还有，湿温病大便溏是邪未尽。

便时肛门灼热，粪有腐臭气而如水样，伴尿黄短赤或恶心的，多因邪热下迫大肠。大便滑脱不禁，肛门有下坠感，甚或脱肛的，是久泻，多因脾虚下陷。里急后重，下痢脓血，便次多而排便量少的，多见于痢疾。便溏不爽，多因肝失疏泄。便色黑如柏油而大便反易，多属瘀血。腹痛则泻，泻后痛减的，多是食积；泻后痛不减的多是肝郁脾虚。大便时自下，腹无痛苦，解后反觉不舒的，是虚证。

（2）小便：尿量过多，多属肾阳虚而气化无力，也常见于消渴证；表证而小便清长，是邪未入里；热病而小便逐渐清长，是病势将愈。小便短少，多因热盛或大汗大吐大下伤津；或因肺、脾、肾功能失常，气化不利。小便不畅，点滴而出为癃；小便不通，点滴不出为闭。统称“癃闭”。癃闭若伴小便热赤、苔黄腻的，多因湿热下注；伴尿痛如刺、小腹胀满痛而拒按或腰痛、舌质青紫，或尿中有时挟砂石的，多因瘀血、结石阻塞；伴排尿无力、面色㿠白、腰冷的，多因肾阳虚；伴眩晕耳鸣、五心烦热或潮热盗汗的，多因肾阴虚。尚有妊娠小便不通，叫“转胞”，是胞压膀胱的缘故。

小便次数增多，叫小便频数。若兼尿短赤而急迫的，多属下焦湿热；量多而色清的，多属下焦虚寒，肾气不固，如老人夜尿多；尿频涩少，多是阴虚内热；小便数而大便硬，

多是脾约证。小便次数减少，除属津液不足外，还常见于气化不利、水湿内停的病证。

小便时尿道疼痛，常伴急迫、艰涩、灼热等感觉的，多是湿热下注的淋证。小便后自觉空痛，多属肾气虚衰。尿后余沥不尽的，多属肾气不固，常见于老人。不自主的排尿或不能控制的尿滴沥，叫"尿失禁"，多属脾气下陷、肾气不固；若伴神志昏迷则多是危证。睡中不自主排尿，叫遗尿，若是成年人则多因下焦虚寒或大病后元气虚损所致；是小儿则多由身体机能发育未健全或不良习惯所造成。

8．问耳目

（1）问耳：耳鸣是指病人自觉耳内鸣响，如闻蝉声或如潮水声。耳鸣暴起声大，用手按耳而鸣声更大的，属实；渐觉耳鸣而声细，以手按之鸣声减轻或停止的，属虚。耳聋、重听，是指不同程度的听力减退，甚至听觉丧失。耳聋有先天后天之分。先天的多属发育缺陷，常兼有哑。后天的，暴聋多属实，渐聋多属虚。

耳鸣耳聋，一般多与肝肾有关，尤其与肾关系最大。若伴头痛面赤、心烦易怒、口苦的，多因肝胆火盛；伴胸闷痰多口苦、苔黄腻的，多属痰火；伴眩晕腰膝酸软的，多因肾精亏耗；伴神疲食少便溏的，多属脾阳虚；伴畏寒肢冷、腰膝酸冷的，多属肾阳虚。老人耳聋，多由气虚精衰。伤寒暴聋，多是病在少阳，经气闭塞；温病耳聋，多因热灼真阴，不能上荣。还有外伤、暴震外伤、药物等也能致耳聋。

（2）问目：白昼目痛属阳，夜间目痛属阴。目痛隐隐而时作时止，属虚；目痛如针刺而无休止，属实。目赤痛而多眵泪，多属风热壅盛。两目羞明而不痛不热的，多是血

虚。此外，目痛连及后脑的，病在太阳；额痛连及目齿的，病在阳明；两侧头痛引及目眦的，病在少阳。

病人开目欲见人的，多属阳证；闭目不欲见人的，多属阴证。视物昏花迷乱，叫目眩。目眩伴急躁易怒、失眠多梦的，多因肝阳上亢；伴面色皖白、唇甲不华、心悸神疲的，多属气血亏虚；伴腰膝酸软、健忘神萎的，多因肾精不足；伴头重如裹、胸闷恶心的，多是痰浊中阻。视物不清，叫目昏，有因眼病日久、哭泣过度或心情所伤而致，但总不离血亏气弱。阳明腑实证可见目中不了了（视物不清），是中焦燥热下涸肝肾之阴。虚幻视觉叫幻视，有伤寒热入血室证及阳明腑实证的如见鬼状。入夜则视物不明，叫雀盲，又叫夜盲，多因肝血虚。

9. 问妇女

（1）月经：应注意询问月经的周期，行经的天数、经量、经色、经质及其兼证。必要时须问末次月经的日期以及初潮或停经的年龄。

经期：月经周期一般是二十八天左右。周期提前一周以上的，叫月经先期。若伴经量多色紫质稠、心烦的，多属实热；伴经少色红质稠、潮热盗汗的，多属虚热；伴乳房胸胁少腹胀痛、烦躁易怒的，多因肝郁；伴经有紫血块、少腹胀痛以痛为主的，多因血瘀；伴经多色淡质稀、神疲气短的，多属气虚。周期错后一周以上的，叫月经后期。若伴经量少色黯红、小腹绞痛喜热的，多属实寒；伴经少色淡、腹痛喜暖喜按、腰酸无力的，多属虚寒；伴经少色淡质稀、小腹空痛、面色萎黄的，多属血虚；伴经少色深红有血块、小腹胀痛的，多属气滞血瘀；伴呕吐痰涎、胸闷不欲食的，多属痰

阻。经期或前或后的，叫经期不定。若伴乳房两胁少腹胀痛的，多属肝郁；伴经量少色淡质稀、或神疲食少，或面色晦暗腰酸的，多属脾肾虚；伴经有紫血块、少腹胀痛的，多属血瘀。

经量：一般正常妇女每次行经约持续三至四天，也有多至五六天的。若经量超过了生理范围，或行经时间延长，量也因而增多，叫月经过多。伴经色深红或紫而质稠、烦渴尿黄的，多属血热；伴经色淡而质稀、气短懒言的，多属气虚。又有月经大下不止的，叫血崩；淋漓不断的，叫经漏。崩漏除因血热、气虚外，还见伴经色紫黑有血块、小腹疼痛拒按的，多因血瘀。若经来少于正常量，或行经时间缩短，量也因而减少，叫月经过少。伴经色淡、眩晕心悸、小腹痛喜按的，多属血虚；伴经色紫暗有块、小腹冷痛的，多属寒凝；伴经色紫黑有块、小腹胀痛拒按的，多属血瘀；伴胸脘满闷、恶心欲吐不欲食的，多属痰湿阻滞。若停经超过三个月而又未妊娠的，叫闭经。伴神疲气短、食少便溏的，多属脾气虚；伴眩晕心悸怔忡的，多属血虚；伴郁闷易怒、两胁小腹胀痛拒按的，多因气滞血瘀；伴小腹冷痛、肢冷便溏的，多因血寒凝滞。尚有经来忽然中止，可因怒气、中寒、热入血室。也有因生活环境改变而停经的，若无明显病状的不属病态。

色质：正常月经色正红，质地不稀不稠，也不夹杂血块。若经色淡红质稀，多属血虚；经色深红质稠，多属血实热证；经色紫暗或暗红有块，多因寒凝血滞或气滞血瘀。

行经腹痛：在每次行经前后或正在经期，小腹及腰部疼痛，甚至剧痛难忍的，叫痛经，又叫行经腹痛。仅感小腹或

腰部轻微胀痛的，不作痛经论。若经前或经期小腹胀痛拒按，伴经色紫黑有血块，量少淋沥不畅，胸胁作胀的，多属气滞血瘀；经前或经期小腹冷痛，伴经色暗有块、量少的，多因寒湿凝滞；经期或经后小腹隐痛喜按，伴经色淡、量少质清、倦怠或心悸的，多属气血虚弱；经后小腹隐痛喜按，伴经色淡量少、腰膝酸软的，多属肝肾亏损。

（2）带下：正常情况下，妇女阴道内应有少量乳白色、无臭的分泌物，起濡润作用。若分泌过多或缠绵不绝，叫带下。带下色白量多、质清稀、无臭味的，叫白带，常兼面色㿠白、神疲食少便溏，多因脾虚湿注。带下色黄量多、质粘稠、臭秽的，叫黄带，常伴外阴瘙痒、口苦尿黄，多因湿热下注。带下色红、质粘稠、微有臭味的，叫赤带，常伴两胁胀痛、烦躁易怒，多因肝经郁热。若带下色白晦暗、量多淋漓不断、质清稀，常伴腰酸如折、小腹冷痛的，多属肾阳虚。带下色黄，伴五心烦热耳鸣的，多属肾阴虚。白带中混有血液，赤白分明的，叫赤白带。若老年妇女经绝带净后，又见赤白带下，应考虑宫颈癌。尚有带下黄绿如脓、阴部奇痒的，多因湿毒侵袭带脉。

10．问小儿

对病儿的问诊，多因不能自述或叙述不清而造成困难，所以儿科古称"哑科"。但小儿身体柔弱，误诊最危险，为掌握更多的诊断资料，须重视问诊，主要靠问亲属。除一般问诊的有关内容外，还要询问出生前后的情况，是否得过麻疹、水痘及与传染病人接触，曾作过哪些预防接种或已患过具有长期免疫力的某种传染病，采用什么喂养方法，已否断乳，走路、学语迟早，以及父母兄弟姐妹的健康情况等。小

儿神志发育不完善，脾胃未健全，对外界环境适应力差，所以易受惊、伤食、着凉等，都须根据病情逐一细问。

四、切　诊

切诊，是通过触摸切按病人脉搏或形体其它部位以了解病情的诊断方法。

因为切脉在中医诊法中具有重要的作用，故历代医家对此非常重视。切诊一般分为脉诊、按诊两部分。

（一）脉诊

1．概念

脉诊，又称"切脉"、"按脉"、"候脉"或"持脉"。是通过触按病人脉搏以了解病情变化的一种诊断方法。

脉诊在我国具有悠久的历史，是中医学独特的诊断方法，也是中医识别病证的主要依据之一。几千年来，形成了比较系统和完整的脉学理论，积累了丰富的脉诊经验。中医利用这一简便而行之有效的方法。与望、闻、问三诊密切结合，对指导临床辨证论治做出了巨大贡献。

2．意义

中医学认为："有诸内，必形诸外。"人体脏腑经络的一切生理活动和病理变化，往往通过体表的征象反映出来。脉象作为人体的一种外部征象，可从以下几个方面反映整体病理状态的某些信息。

(1) 推求致病因素：外感六淫、内生七情，以及房室劳倦等各种致病因素，在一定条件下，轻则影响形体或经络；重则损伤脏腑，导致人体病变发生，并引起脉象变化。所以

机体的病理变化大多可以反映于脉象，从脉象的变化，就能够推求致病因素的性质。

（2）分辨证候类型：证候类型是由致病因素、邪正斗争状况、病变部位、病证性质等所决定的。脉诊在四个方面都有一定的客观反映，综合脉诊资料，即可以概括证候类型，为辨证论治提供依据。

（3）辨别证候真假：在疾病的危重阶段，病人的临床表现复杂，往往会出现与病证本质相反的"至虚有盛候"、"大实有羸状"、"寒极似热"、"热极似寒"等假象。在这种情况下，脉象作为客观指征，经常成为透过现象探寻本质，识别病情真假的重要依据。

（4）判断病情轻重：通过脉诊可以判断病情轻重，主要有两个方面：一是观察脉象是否具有胃、神、根，有胃神根者病轻，无胃神根者病重。二是审察脉证顺逆，脉证相顺者病轻，相逆者病重。

（5）预测病情变化：某些病证在症状未出现之前即可以先有脉象变化，而且脉象的变化还能反映某些病证的发展趋势及治疗效果。因而根据脉象的变化，就能提前采取相应治疗措施，有助于早期诊断、早期治疗，防止病情恶化，促进疾病痊愈。

可见，脉诊对辨证论治的全过程都有一定的指导意义，这是它得到历代中医学者重视的原理所在。但也应当指出，中医脉诊目前还处于直觉诊法水平。王叔和说："脉理精微，其体难辨。"脉象变化细微，又全靠医师手指的触觉来体验，是一项比较精巧的技术。因而脉诊水平的高低往往与临床经验丰富与否有密切关系。加以同一脉象，不同脉书往

往有不甚相同甚至互相矛盾的记载。因此，要求学习者必须首先广泛学习，深入钻研脉诊理论，通过分析比较，明确病脉形象与主病，再在有经验的前辈的指导下，在临床实践中仔细揣摩、认真体会、反复学习、不断实践，才能逐渐熟练掌握、运用自如。否则，若如喻昌所诫："凡诊脉不求明师传授，徒遵往法，图一弋获，以病试手，医之过也。"

3．部位

关于诊脉部位，《内经·素问》中曾记载有诊察全身上中下三部浅层血管的"遍身诊法"，汉代张仲景在《伤寒杂病论》中提出诊察人迎（颈外动脉）、寸口（桡动脉）、趺阳（足背动脉）的"三部诊法"，但后世均少采用。历来普遍选用的切脉部位是"寸口"，即切按病人桡动脉腕后表浅部位，故又称"寸口诊法"。

（1）寸口与三部九候："寸口诊法"原于《内经》，详于《难经》，而定型推广于《脉经》。《素问·五脏别论》说："气口何以独为五脏主？曰：胃者，水谷之海，六腑之大源也。五味入口，藏于胃以养五脏气，气口亦太阴也。是以五脏六腑之气味，皆出于胃，变见于气口。"这是寸口诊法最初的论述。《难经·一难》说："十二经皆有动脉，独取寸口以决五脏六腑死生吉凶之法，何谓也？然寸口者，脉之大会，手太阴之动脉也。"这两段论述说明寸口脉所之所以能够反映五脏六腑的病变，第一是因为寸口乃手太阴肺经脉的大会，而五脏六腑的经脉均须会合于肺，所谓"肺朝百脉"，第二是因足太阴脾经与手太阴肺经相通，所谓"亦太阴也"，而实际手太阴肺经亦起于中焦脾胃，脾胃又为各脏腑气血生化之源。因此，全身脏腑经脉气血的情况，都可以

从寸口脉上反映出来。

“寸口”，又称“气口”或“脉口”，古代医家把这段桡动脉按部位前后分为寸、关、尺三个部位，三部划分以腕后高骨——即桡骨茎突为标志，腕后高骨处称作关；由关至掌部鱼际穴为同身寸一寸，故关前称寸；由关至肘部尺泽穴为同身寸一尺，故关后称尺。高骨处约容一指，又称关部；关部前一指称寸部，关部后一指称尺部。在寸关尺三部切按所得到的脉搏形象分别称为“寸脉”、“关脉”、“尺脉”。

古代医学家又根据脉诊时指力的轻重，把这三部的每一部分为浮中沉三候：手指轻按皮肤时的感觉称为“浮候”，手指重按筋骨时的感觉称“沉候”，界乎两者之间时的感觉称“中候”。以单手计算，寸关尺共是三部，每部三候共是九候，合称三部九候。脉诊，主要就是分析寸口这三部九候的脉象变化。

寸口诊法之所以能取代“遍身诊法”和“三部诊法”，绝不是偶然的。正如刘冠军所说：“寸口桡动脉皮薄脉显，比之人迎趺阳便于诊取，反映疾病的准确性高，加上桡动脉解剖部位较浅，毗邻组织分明，上面仅一层表皮，而下面是骨骼，它构成了按脉的有利部位。”又如崔玉田所说：“独取寸口来作为代表是行之有效的一种方法。从理论上讲，因为它是‘脉之大会’。从实际上讲，它检查便利，脉管在正常情况下，既不太沉又不太浮，大小也较为适中。在病理情况下，受机体内外环境的影响所产生的变化亦较为灵敏。又兼之几千年来对寸口脉的诊法积累了大量的文献资料和临床经验，所以它是最有实际意义的一种诊脉方法，值得我们首先对它进行整理研究。”

（2）寸口脉分候脏腑部位：历代医学家对脏腑在寸口的分候部位，提出过多种不同的说法。大体说来，以按寸关尺三部分候部位为主，也有按浮中沉三候分候脏腑之说。

三部分法：是以寸关尺三部分候不同脏腑。寸关尺三部分候脏腑，历来诸说不一。综合分析可以看出，其分歧最大者，主要是大肠、小肠、膀胱与三焦的部位，各家或主张在寸、或主张在尺，或主张在左，或主张在右，各有各的理论依据。而对心、肺、肝、胆、脾、胃、肾、命门的部位则大体上是统一的。一般认为，右手三部脉能诊察人体气分的病变：右寸候肺、右关候脾胃、右尺候肾（命门）。左手三部脉能诊察人体血分的病理变化：左寸候心：（心包）、左关候肝胆、左尺候肾。总的来说，两寸脉察上焦病证，两尺脉察下焦病证，基本体现了"上（寸脉）以候上（人体上部），下（尺脉）以候下（人体下部）"的原则。按照中医传统理论，认为脏腑有病，在相应部位脉象变化较为显著。所以李时珍说："两手六部皆肺经之脉，特取此以候五脏六腑之气耳。"

三候分法：在古代有关脉诊的文献资料中，除按寸关尺三部分候脏腑法以外，还有两种以浮中沉三候分候脏腑法：其一是以浮候诊察外感病或腑病为主，沉候诊察内伤病或脏病为主。另一种以左脉浮中沉分别诊察心肝肾、右脉浮中沉分别诊察肺脾肾（命门）。化法应用较少。一般仅用于病者为老人、虚人、久病、产后等，病剧证危，来不及细辨三部九候的紧急情况。

寸口脉分候脏腑的不同意见：古籍记载的通过切按寸口脉的不同部位分候五脏六腑的病证，是中医传统的认识。古往今来，确有不少有经验的中医名家，能够根据不同部位的

脉象变化，结合其它三诊资料，做出恰当的诊断，取得较好的临床疗效。同时，也有不少名医对依脉诊不同部位分候脏腑的准确性表示不同的意见，存在着存废之争。

否定论者的根据是：①脉搏在寸关尺三部的形象有时确有差别，左右两脉的强弱大小也可能不等，但这种差别应考虑多种因素的影响。如：两臂劳动强度的不同可造成左右桡动脉粗细不同，习惯用右手的人，右侧脉搏可能比左侧有力。桡动脉在经过寸关尺三部时所处部位的深浅、周围组织的厚薄、硬度、承受的压力等也各不相同。加上切脉者手指长短、指端触觉灵敏程度、指下压力是否均衡等等，都可以使不同部位的脉象出现差别。并非只有相应脏腑的病态才会对不同部位施加影响。②桡动脉是一直行血管，寸关尺三部全长不过同身寸一寸左右，同时由于心脏搏动，自主动脉根部发生脉搏，除极个别情况如主动脉弓部有动脉瘤时左脉搏动比右脉搏动稍晚以外，每侧脉搏的速度节律变化完全相同，寸关尺任何一部都不可能单独出现频率、节律异常。但是古代脉书中却有寸关尺单独出现迟、数、代等频率节律异常脉的记载，以及每部独长、独短之说，均与实践明显不符，使人对分部之说难以置信。③寸口脉上各脏腑的分候部位是按照中医的阴阳学说、脏腑学说等理论来安排的，不仅拟议无凭，而且理论依据不同，就会作出不同安排。因而除两关部以外，两寸部两尺部分候脏腑一直议论纷繁，互相争执不下，至今未能统一。加以三部分候法、三候分候法更是混杂并存，分候何脏何腑一直不能统一，脉象变化的诊断意义自然也不易得出可靠结论。近年来，颜之亨对在中医界较有代表性的十五部医案集中西汉中期至当代名医的四千六百余例医案进行

了统计分析，结果表明：从《脉经》开始一直为中医界习用的三部分候法，中医名家运用的有效性平均仅有10%左右，对90%的病例无诊断价值，还有与此法相背的实例，因而是一种阳性率很低，靠不住的指标，根据资料事实提出对“分候法的诊断价值应重新评价，这种诊脉法不足取”的结论。

目前，关于寸口脉分候脏腑是否有实际意义的问题，尚难作出定论。比较普遍的意见认为，不能机械呆板地对待脉位分候脏腑之说，应该强调从脉象主病本身出发。以临床体会与实际经验为准，参考其它三诊资料全面分析，可从则从、不可从不必强从，灵活对待，以得出正确诊断。

4．一般方法

脉诊是一项细致的工作，有一定的方法和程序，某些事项必须注意。

（1）环境：脉诊应在安静温暖的环境中进行。尽量避免周围环境的喧哗或过冷、过热。

（2）病人：诊脉时病人一定要平静。脉诊前最好让病人休息一会，待平静后再诊脉。在病人大喜大怒情绪激动时，大饥大饱时、过寒过热饮食及酒后，剧烈运动及长途舟车劳顿后，或刚刚离开大热大寒环境，都不应轻率诊脉。《内经》强调，“诊法常以平旦”，固然有其理论依据，遵循其精神，脉诊应有比较安静稳定的内外环境。尽量少受与疾病无关因素的干扰。

脉诊时病人的体位，以正坐或正卧为宜。不论坐卧，其手臂皆应向左右两侧引伸平放，最好与心脏置于同一水平，肘关节在坐位时可稍屈曲，卧位时则必须伸直。腕下可垫脉

枕或其它柔软物品，直腕、仰掌、手指自然伸开、肌肉松弛。同时，病人衣袖不可过紧，手表手镯等应先取下，以使血脉流通顺畅，脉象方能如实反映机体状况。反之，凡能使动脉受压、血流不畅的体位，皆能影响脉象，都应设法纠正或避免。

（3）医师：医师手指应当温暖，不应过凉，以免影响手指感觉的灵敏。医师与病人应侧向坐，用左手诊病人的右脉，用右手诊病人的左脉。

布指法：①中指定关。医师首先应以中指指端按在腕后高骨（桡骨茎突）关部上，谓之"中指定关"。再将食指指端按在关前的寸部上，把无名指指端按在关部后的尺部上。医师指端粗或病人手臂短则布指应稍密，医师指端细或病人手臂长则布指应稍疏，总以适中为宜。②三指平齐。人的食、中、无名三指长短参差不齐，其灵敏度也各不相同，食指感觉最灵敏、中指略差、无名指更差。脉诊时应注意使三指指端平齐，使脉所受压力平均，以尽量减少其触觉差异，而且便于相互比较。③指目对脊。每指各处的灵敏度也不相同。指端棱起如线部位即"指目"感觉最灵敏，指端螺纹略前处稍差。脉诊时可用指目切按以使敏感。如医师指目处有动脉者，为避免与病人脉搏相应而影响脉象客观性，可改用螺纹略前处，置于脉体峰脊顶端即所谓"脉脊"处以切按之。这样就能用医师感觉最灵敏的部位去了解病人脉搏最明显的部位，可以更清晰地了解脉象变化。

定息法：医师应思想集中，使自己的呼吸平调安稳而符合正常节律。然后用自己一呼一吸的时间（古称"一息"，一般为16～20次/分）去衡量病人脉搏至数，以考察脉象在频

率节律方面的变化。现在虽有钟表可帮助医师准确计数，但仍必须全神贯注于三指之下。

五十动：脉诊时每部最少要满五十次跳动，不可再短，必要时还应延长。这样，既能更好辨清脉象，还可以增加发现不整脉的机会。此外，也可剔除病人因运动激动等原因而发生脉诊初按时的假象。

每次体检时或处方前都应诊脉，以获得最新辨证依据。急重病证脉象变化快，更应多诊。

5．指法

临床诊脉实践中，除应遵循脉诊的一般方法以外，还应根据病人的体质、姿势、脉象的特异变化和诊察目的，选用不同的指法。综合历代文献所述，常用的脉诊指法约有以下数种：

(1) 侧指法、挽指法

侧指法：病人桡动脉处骨肉不平，须侧指诊察。

挽指法：病人不能平臂、只能侧置，须挽指诊察。

(2) 总按法、单按法

总按法：三指用同样的动作和力量，同时诊察寸关尺三部总的脉象变化。

单按法：着重用一指诊察寸关尺中某一部位的脉象。如诊寸脉时微微提起中指无名指，诊关脉时微微提起食指无名指，诊尺脉时微微提起食指中指。一般单按法多用于总按发现某部异常，须进一步诊察时。

(3) 轻按法、中按法、重按法

轻按法：指力较轻，仅轻触皮肤。又称“举”或“浮取”，着重了解浮候脉象。

中按法：指力适中，按皮下肉上。又称“寻”或“中取”，着重了解中候脉象。

重按法：指力较重，已按至筋骨。又称“按”或“沉取”，着重了解沉候脉象。

（4）推寻法、俯仰法、操纵法、上下法

推寻法：指力不轻不重，与中按法同，而左右挪移推寻，以诊脉形之异。

操纵法：指力或轻或重，而浮举沉按探索，以诊九候之异或根气强弱。

俯仰法：三指指力依次变换而轻重相倚，以诊三部之异。

上下法：当发现脉象有不及本位或超过本位的情况时，可在寸关尺部位内外上下移动，以诊察脉象长短之异。

（5）移指法、直压法

移指法：先诊寸关尺三部，然后将三指略退半步，以食指加于寸关之交，中指加于关尺之交，再诊。

直压法：先诊寸关尺三部，然后只用一食指面直压寸关尺三部，再诊。

（6）辗转法、一指三关法

辗转法：三岁至八岁的小儿，脉位狭小，可用拇指横按脉上，上下辗转以诊其脉。

一指三关法：三岁以下的小儿，脉位更为狭小，可用拇指切按脉口部位以诊其脉。

（7）正取法、覆取法

正取法：患者直腕仰掌，医师覆手取脉按脉，即一般诊脉法，又称正诊法。

覆取法：患者翻腕俯掌，医师仰手取脉按脉，与一般诊脉法相反，又称反诊法。脉诊过程中，如发现病人脉象危恶或无脉，可用覆取法再诊其脉，以观察正覆两种脉象异同：若覆手后仍为恶脉或仍无脉，则预后差劣如正取所示；若正取覆取所得脉象不同，或覆手脉象即出，则有生机。

6．平脉

平脉又称常脉，即正常人的脉象。平脉具有区别于病脉的生理特点，人体内外环境的变化也常引起脉象的生理性改变，必须注意与病脉相区别。只有充分了解和掌握这些生理特点与生理变化，才能知常达变，正确识别病脉。

(1) 正常脉象的特点：正常脉象，应一息四或五至（约60～90次／分），而且从容柔和，节律协调，尺脉沉取应指有力。

中医学将平脉的主要特点归纳为“有胃”、“有神”、“有根”。

中医学称脉象的从容和缓、节律均匀为有“胃气”。认为人体脏腑经络及一切组织器官的功能活动，皆以脾胃为其化源。脾胃功能健全，则以从容和缓、节律均匀之象表现于脉。不仅正常脉象中必须具备这一特点，失去这一特点即为有病或将患病；即使在病脉之中，这一特点的多少有无，对于疾病的预后，也有重要的参考价值。

中医学称脉象的柔和有力为有神之脉。即如脉象微弱但不致一蹶即逝、脉象弦实而仍带柔和之象，则预示病情渐趋好转。这是因为，心合血脉而主神明，脉为血之府。心神健旺，脉象自然有神；心神虚衰，脉象必然无神。人体脏腑经络等一切生命活动都受心神的支配和调节，所以脉象有神与

否，关系极大。

中医学认为，人体脏腑经络的生命活动除受心的调节支配，脾胃的营养供给以外，其原动力产生于肾。脉诊之尺部以候肾、沉取以候肾，所以尺脉沉取应指有力，即反应患者肾气尚存。古人把肾气尚存比喻为树木有根，枝叶虽枯，根本不坏，尚有生机。故称尺部脉象沉取有力这一特点为有根之象。

有胃、有神、有根，是正常脉象必须具备的特点。其多少有无，又是平脉、病脉、死脉的标志。凡病脉具备这三个特点，则表明病情虽重，尚有转机。反之，如不具备这些特点，则往往是病情危重，趋于恶化或死亡的先兆。

(2) 脉象的生理变化：人生活在自然界中，体内外各种因素都可以影响脉象，使之发生某些生理性的变化。

内在因素对脉象的影响：在生活过程中，人的脉象随着内在因素的不同而有不同的特点。不仅性别、年龄、体格、发育、职业不同的人脉象不同，即使劳逸、饮食、精神等变化，也会对脉象产生一定的影响。

【性别】 妇女脉象一般比男子稍弱，略沉而静，其状柔软，右大于左，尺脉较盛，这是正常区别。

【年龄】 小儿的脉搏比成人快，而且多出于中候，重按不见。青壮年脉象多见平脉，滑脉，中年以后脉象逐渐带弦，老年多见弦脉。费兆馥观察分析了135例平人脉象，认为“脉象同齿发面容一样，是反映机体盛衰的一项生理指标。”

【体格】 身躯高大者脉的显现部位较大较长，身躯矮小者脉的显现部位较小较短，瘦人脉常微浮，肥人脉常微沉。此外，还有六脉经常沉细或洪大同等而无病者，分别称作

“六阴脉”、“六阳脉”，亦均非病脉。

【发育】 有的人桡动脉位置先天异常，或不在寸口而在腕关节背侧寸口背面相对位置，称“反关脉”。或从尺部斜向桡骨茎突前外的虎口方向，称“斜飞脉”或“侧关脉”。

【职业】 脑力劳动者一般比体力劳动者脉象弱。锻炼有素的运动员脉多迟缓而有力。

【劳逸】 剧烈运动之后脉多洪数。远行之后脉多疾数。浴后脉多浮数、安静或睡眠时则脉象多缓。

【饮食】 长久饥饿脉多弱，饱食后脉多洪缓有力，酒后脉多洪滑而数。

【精神】 受到强烈精神刺激，或情绪剧烈波动之后，脉象也可发生一定变化，如紧张兴奋时脉可变数，大怒抑郁脉可变弦，受惊之后脉可沉细，忧思不解脉可沉迟，喜悦之极左寸浮大等，均非病态。当精神恢复平静后，脉象也可恢复。

【性格】 性情急躁者，脉可略数；性情和蔼者，脉多柔和舒缓。

外界因素对脉象的影响：脉象除受上述内在因素影响之外，还受着昼夜、季节、气候、地理环境等外界环境的影响。在这些影响下脉象的一些波动，也均属于生理性变化范围。

【昼夜变化】 据观察，脉象随昼夜变化而有形态、频率的不同：白天多兼浮滑有力、夜间多兼弦缓；脉搏此数清晨最少，日中数增、日晡达到当日最多数，入夜减少。

【季节气候】 正常人的脉象随着四季气候变更而发生相应生理变化，中医学称为“脉应四时”、或“脉合四时”。

一般春季六部脉俱微弦、夏季六部脉俱微洪、秋季六部脉俱微浮、冬季六部脉俱微沉。这种变化是轻微的，而且弦洪浮沉之中，必都具有从容柔和之象，否则即为病脉。

【地理环境】 地理环境不同，脉象也有不同特点。如江南人脉象多较细弱；西北人脉象多沉实或粗大有力；两广人脉多微数、按之少实；世居高原者脉多迟而有力，等等。

7．病脉

病证反映于脉象的变化，就是病脉。一般来说，除了正常生理变化范围以及个体生理特异之外的脉象，均属病脉。不同的病证，往往出现不同的病脉。

本书综合历代医籍所述，介绍病脉三十四种，每一病脉，依脉象、主病、脉理、鉴别、兼脉、引证六项论述。兹将各项内容，简要说明如下：

【脉象】 就是医师手指所感觉到的病人脉搏的形象。它是可以在深度（位）、强度（力）、速率（数）、节律（止）、形态（喻）、趋势（势）六个方面出现特征的一种立体动态。较单纯的脉象可能只具某一种特征；较复杂的脉象则常常同时具有多种特征，而以一种特征为主。脉象和医师手指的触觉感受、医师的经验及其综合分析能力等也均有关系。

由于历史条件的限制，古代医籍对脉象的描绘，大部分未能直接指出其主要特征，而多选取与该脉形象相类似的事物加以比喻形容。近年来不少同志指出，这些描述仅是选取事物中类似的一个方面，不仅比较抽象笼统、难于揣摩，也容易引起不同的体会而得出不同的认识，因而使初学者在复杂多端的脉象面前感到迷茫困惑。为避免这种情况，本书除引证主要依据的文献外，尽可能抓住每脉在深度、强度、速

率、节律和形态等方面的主要特征直接加以论证。

【主病】 介绍该脉所主的病证，以及该证可能出现的主要症候。并尽可能分析了由于机体差异以及病情轻重缓急，在临床实际中可能出现的不同情况。

【脉理】 以中医基础理论阐明该脉机理。

【鉴别】 病脉中很多比较近似，容易混淆不清，这是理论学习及临床鉴别的困难所在。因此前人创造了对举比类两种鉴别方法以帮助理解、识别与记忆。对举法是将形象相反的病脉并列对比，从相反的方法加强对其形象的认识，多用于理论学习阶段。比类法则是将近似的病脉相互比较以重点突出其差异，多用于临床。

【兼脉】 病脉既可单独出现，也可两种或多种同时兼见。除本身由两种或数种脉象结合而成，又已有独立名称的病脉以外，凡两种或数种病脉同时出现者，均称兼脉。临床独见一种脉者少，兼见数种脉者多。由于兼脉是由多个病脉复合出现，所以又称复合脉，并根据复合数目，有二合脉、三合脉……之称。只要不是完全相反的脉象，都可能同时兼见。其主病，则等于组成它的各单一病脉主病的总合。

除上述各项以外，由于脉象繁多，不易掌握，历代许多医学家都考虑将脉象进行归纳，每一类再用同类中比较典型的脉象作为该类诸脉的纲领，从而由典型到一般，从单纯到复杂，提纲挈领、执简驭繁。

历代分类方法不同，病脉的纲领也不一致。我们在前贤分类诸法的基础上，根据脉象的深度、强度、速度，节律、形态趋势方面中最突出的特征，将病脉归纳为浮、沉、虚、实、迟、数、代，及其它八类。以浮沉分脉位深浅，虚实别

脉力强弱，迟数定脉率迟速，代类明脉象节律，一其它辨常脉病脉。这八类，每类各有明显的共同特征，可以做为识别本类各脉的共同标志。在辨清类别的基础上，即可进一步再根据各脉的具体特征确定是哪一种病脉。这种先分辨脉象类别，再确定具体脉象的两步类别辨脉法，既易于理解记忆，又易于临床应用。

1）浮脉类

浮脉类，包括浮脉、濡脉、革脉、芤脉、散脉共六种病脉，主要表现为脉位的异常，其共同特点是手指轻轻接触皮肤即可得到脉象。换句话说，凡手指轻按皮肤即可觉察脉搏的，可以归入浮脉类。

浮脉类各病脉产生的原理有两个方面：或为外邪侵袭体表，卫气外趋，邪正交争；或为精血津液亏虚于内，气虚不能内守，向外浮越。

（1）浮脉

【脉象】①触肤即得：用轻按法，手指接触皮肤即可感觉脉搏跳动。②轻按泛泛而流利：轻按柔和有力，形体及力量近似平脉或比平脉稍强而不过盛。③重按稍减而不空：中按比轻按力量稍减，重按比中按力量更减。但始终可以察觉脉跳。

【主病】浮脉主表证。临床凡表证初病恶寒，脉多不浮而反沉紧，以后热渐增，则脉显浮。但发热更盛，则浮脉又多兼数或变洪。所以单纯浮脉，仅见于刚过恶寒期，热方盛而未盛的时候。

瘦人的脉象一般也触肤即得，容易与浮脉相混淆，而胖人即使脉浮也难以触肤即得。所以应该注意“轻按泛泛而流

利，重按稍减而不空”这种轻按重按的力量差异。

【脉理】浮脉是病在肌表的征象。当外邪侵袭肌表，卫气奋力外趋与邪抗争，所以脉见浮象。然其浮必有力，是为表实证。若久病体虚，或阴亏于内，或阳气虚损，阴阳不能和调，阳气浮越于外，也可出现触肤即得这一“浮脉”，但多与其它脉象相兼出现，一般很少是单纯浮脉，而属革、濡、芤、散等脉。脉书所谓“浮而无力”者多指此而言。

【鉴别】洪脉也轻按即得，但脉象盛大满指，来势汹涌，所谓“浮而盛大”，与浮脉不同。

革脉也轻按即得，但轻按极其有力，重按即空，所谓“浮而弦芤”，与浮脉不同。

濡脉也轻按即得，但轻按细软，重按即空，所谓“浮而细软”，与浮脉不同。

芤脉也轻按即得，但浮候沉候皆有，中候独空，与浮脉不同。

散脉也轻按即得，但轻按似有若无，至数散乱，所谓“浮而不根”，与浮脉不同。

【引证】《诊宗三昧》：“下指即显浮象，按之稍减而不空，举之泛泛而流利。”

（2）洪脉

【脉象】①轻按即得。②轻按形大力盛，腾上满指，状如洪水。③来势盛于去势；轻按盛于中按，中按盛于重按。形、力、势均随指力加重而渐减。

【主病】①邪热亢盛。②久病虚弱、虚劳、失血、久泻、中风后见之，则属真气外脱之危候。

【脉理】邪热炽盛，气充血涌，充溢脉道，故见洪脉。

虚劳久病后见之者沉取多无力，乃阴阳离绝之兆，最为险恶。

【鉴别】 大脉：大脉形大而无充实有力、腾上满指的气势，即“有其形而无其势”。

实脉：形态正常，三候均充实有力，但不似洪脉宽大而腾上满指，“有其力无其形与势”。

浮脉、脉位表浅，但脉形正常，势，力均较洪脉为弱，即“有其位而无其形、势、力”。

【兼脉】 洪滑痰热。洪紧痈疽，胸胀喘急，便难下血。洪数火热疮疡。洪疾胀满。洪缓湿热。洪长癫狂，阳毒内蕴。

【引证】 《脉经》：“洪，犹洪水之洪，脉来大而鼓也。若不鼓，则脉形虽阔大，不足以言洪。如江河虽大，若无波涛汹涌，不得谓之洪”。

（3）革脉

【脉象】 ①轻按即得。②轻按弦紧搏指。③重按即空，如按鼓革。

【主病】 虚劳失精亡血（如半产崩漏）。

【脉理】 精血内虚，气无所附而浮越于外，外强中空，故脉见革。

【鉴别】 浮脉轻按流利而不弦紧，重按稍减而不中空。

芤脉轻按浮而无力，并不弦紧，中按似空，并非重按即空。

牢脉显象于沉位，革脉显象于浮位，二脉浮沉有别。

【引证】 《诊家正眼》，“革大弦急，浮取即得，按之乃空。”

（4）芤脉

【脉象】①轻按即得。②轻按浮大无力。③中按似空，重按仍有无力搏动。

【主病】芤脉主要见于失血过多，或长久失血所引起的重度血虚病人，亦见于大汗亡津。

【脉理】失血过多或大汗亡津，阴血不能充脉，阳无所附而浮越于外，故脉象见芤。

【兼脉】芤数阴虚。芤弦芤涩瘀血。

【鉴别】虚脉脉来无力但三候皆然，非仅中候独空。

革脉轻按弦紧而非软大，重按即空而非中候独空。

【引证】《脉经》：“浮大而软，按之中央空，两边实。”

（5）濡脉（软脉）

【脉象】①轻按即得。②轻按细软。③重按不显。

【主病】濡脉主虚证，如脾胃虚弱，精血不足，以及虚劳、喘息、腹泻、自汗等。又主湿证、暑证。

【脉理】内伤诸虚，气血不荣，故脉体细小而软弱无力，暑湿之邪阻抑脉道，亦现濡象。

【兼脉】濡弦眩晕指麻。濡涩亡血虚火、濡数湿热。

【鉴别】弱脉亦细而软，但仅见于沉候。

【引证】《脉经》：“极软而浮细。”

（6）散脉

【脉象】①轻按即得。②轻按散涣不聚，来去不明，飘忽不定，状如杨花。③略重按即无。

【主病】正气耗散、脏腑精气将竭之危候。

【脉理】元气耗散、脏腑精气将竭，故脉象散乱涣散。

【鉴别】 微脉虽微细欲绝，但不散涣。

虚脉按之虽虚而不空，尤不至于散漫。

【引证】 《诊宗三昧》："举之浮散，按之则无，来去不明，漫无根蒂。"

浮脉类小结

(1) 脉诊时，凡手指轻按皮肤即可察觉脉搏跳动的，可以确定浮脉类病脉的存在。或为浮脉类本脉，或与浮脉类病脉相兼。

(2) 触肤即得，轻按比重按力量稍强，无明显速度节律变化的，多属浮脉类本脉。确定脉类后，可通过有力无力，进而辨认是何病脉。

脉力较强者可能为浮、洪、革三脉之一：浮脉近似平脉而重按不空；洪脉强于平脉而形大势盛；革脉极强极硬但重按即空。

脉力较弱者可能为濡、芤、散三脉之一：濡脉细软；芤脉不细而中空；散脉则涣散无根。详见下表。

	相同点	不同点
浮脉	轻按即得	脉形力近似平脉按之不空
洪脉		形大力强，来势盛于去势
革脉		极强极硬，按之即空
濡脉		轻按细软，重按不显
芤脉		浮大无力，中按似空，重按无力
散脉		涣散不聚，来去不明，略按即无

(3) 虽触肤即得，但伴有速度节律变化，或上述以外的形态、强度变化，多为浮脉类与其它病脉相兼。

浮脉类各脉不能与沉脉类病脉相兼出现。

2）沉脉类

沉脉类，包括沉脉、弱脉、牢脉等病脉。沉脉类病脉也主要表现为脉位的异常，其共同特点是轻按不见，中按不显，重按才能获得明显的脉象。

沉脉类病脉的出现，或因邪郁在里，邪正相争，气血困滞；或因精气亏虚，鼓动升举乏力而致。

(1) 沉脉

【脉象】 ①轻按不得。②中按应指而脉象不显。③重按脉象始显。④其甚者，按至筋骨乃见，以其极沉似伏，可名为沉伏。

【主病】 沉脉主里证。有力为里实，无力为里虚。临床常依兼脉以判断具体病证。若表证初起，恶寒方盛，脉象亦可暂时沉紧或兼数，但恶寒一过，脉象必浮，自与里证不同。

此外，肥胖的健康人，高寒地区的正常人，也常见到沉脉，则属于正常的情况。

【脉理】 或邪气郁结在里，或气血困滞于内，邪正相搏，脉沉有力；若气血亏虚，无力鼓动，则脉沉无力。如果阳气为邪气闭阻则脉象沉伏而有力；气血伤残或寒伤正虚则沉伏而艰涩。

【兼脉】 沉迟里寒痼冷。沉数里热。沉滑痰饮宿食。沉伏吐利霍乱。沉紧冷痛悬饮。沉缓寒沉水蓄。沉细少气虚湿，寒饮痃癖。沉短痞结。脉弦水饮、心腹冷痛。沉涩血结、血虚气滞。

【鉴别】 弱脉轻按不见，但重按细软。

牢脉轻按不见，但重按实大弦长。

【引证】《诊宗三昧》："沉脉主里，轻取不应，重按乃得，举指减小，更按益力，纵之不即应指。"

（2）弱脉

【脉象】①轻按不得。②中按不显。③重按细软无力

【主病】气血两虚。

【脉理】血虚脉道不充，气虚脉搏乏力，故脉来沉细无力。病后正虚见之则顺，新病邪实见弱为逆。

【兼脉】弱涩血虚。弱数遗精崩漏。弦弱血虚筋痿。动弱惊悸。缓弱气虚。弱代泄利。

【鉴别】细脉形小力软似弱，但不拘于沉候。

濡脉亦细软，唯仅见于浮候。

【引证】《诊家正眼》："弱脉细小，见于沉分，举之则无，按之乃得。"

（3）牢脉

【脉象】①轻按不得。②中按不显。③重按实大弦长，坚牢不移。

【主病】主里寒实证。如血瘀癥积、气滞瘕聚、寒疝、湿痉等。

【脉理】邪气深居在内，坚牢固实，故脉见牢象。脉象见牢，有里无表，有实无虚，有寒无热。虽血分癥积、成块有形，气分瘕聚、痞满无形，气血有别；寒疝暴逆、湿痉拘急，寒湿应辨，但总属阴寒凝结之象。

【鉴别】沉脉有牢脉之位而无其形与势。

革脉有牢脉之形与势而仅见于浮候。

实脉三候力量平均，有力而不弦，脉形不长大。

【引证】《诊家正眼》："牢脉沉分，大而弦实，浮中

二候，了不可得。按牢有二义，坚固牢实之义，又深居在内之义也。”

沉脉类小结

(1) 脉诊时，凡轻按不见、中按不显、重按才能明确脉象的，可以肯定沉脉类病脉的存在。或为沉脉类本脉，或与沉脉类病脉相兼。

(2) 凡轻按不应、中按不显、重按显明，无明显速度节律变化的，首先应考虑是否单纯的沉脉类病脉：形态强度接近平脉的是沉脉（包括沉伏脉）；沉而细软的是弱脉；沉而长大有力的是牢脉。详见下表。

	相同点	不同点
沉脉	轻按不见	形、力近似平脉
弱脉	中按不显	沉而细软
牢脉	重按方显	沉而长大有力

(3) 临床单纯的沉脉较为少见。虽重按始显，但伴有速度节律变化，或上述以外的形态强度变化，多为沉脉类与其它病脉的兼脉。

(4) 沉脉类各脉不能与浮脉类病脉相兼出现。

3）虚脉类

虚脉类包括虚脉、细脉、微脉、涩脉等病脉，上述芤脉、散脉、濡脉、弱脉等也可属于此类。这些病脉均以脉象无力为共同特点。

气血虚衰，气不足以运其血，血不足以充其脉，故脉象无力。

(1) 虚脉

【脉象】 三候无力。

【主病】
虚之证。又主伤暑。

【脉理】 气血虚弱，气不足以运其血则脉来无力，血不足以充其脉则脉体虚软。暑邪最易耗伤津气，故也可见虚脉。

【兼脉】 浮虚气虚暑惫。濡虚表虚自汗。虚涩血虚房劳。虚数阴虚肺痿或虚阳外越。虚迟阳虚。虚动失精。虚结劳乏。虚短气损。虚小痰痹脚气。

【鉴别】 芤脉无力而浮沉皆有，中候独空；虚脉则三候无力，力量均匀。

散脉无力，但浮而散漫无根，不任寻按，力量更弱。

其它如微细濡弱等脉均属无力，但脉形均较细小，可资鉴别。

【引证】 《时方妙用》："虚来三候按如绵。"

（2） 细脉

【脉象】 ①形体细小如线。②脉来无力。

【主病】 细脉主气血两虚，诸虚劳损。又主湿证。

【脉理】 营血亏虚不能充盈血脉，气不足又无力鼓动血行，故脉体细小而软弱无力。湿邪内阻，压抑脉道，亦可见之。

【兼脉】 浮细风湿。沉细湿痹或少食。细涩反胃，血虚津涸。弦细肝虚。细迟阳衰。细数阴虚内热。细微冷利。缓细阳虚湿痹。促细虚脱。细滑偃仆，呕吐发热。细紧瘕瘕、癥瘕积聚。

【鉴别】 小脉形同细脉，但力量正常而不弱。

微脉形体极小，力量极弱，欲绝非绝，而细脉应指显然。

濡脉，弱脉皆有细象，但分别仅见于浮候沉候。

【引证】 《诊家正眼》：“细直而软累累萦萦，较显于微。”

（3） 微脉

【脉象】 极细极软，至数不清，似有若无，欲绝非绝。

【主病】 阳气衰微，常见于心肾阳衰及暴脱病人。

【脉理】 阳气衰败，脉道不充，鼓动无能，故脉微欲绝。

【兼脉】 浮微阳不足，沉微阴不足。

【鉴别】 细脉形细但较微为大，力弱但应指朗然，而且至数分明。

散脉力量也极弱，且至数不清，但形体正常，涣散不聚，而仅见于浮候。

【引证】 《脉经》：“极细而软，或欲绝，若有若无。”

涩脉

【脉象】 往来艰难，涩滞不利，似迟非迟，似止非止。

【主病】 涩脉主伤精失血，或气血两虚，亦主气滞血瘀。

【脉理】 气虚精亏血少，经脉失于濡润，所以脉来艰涩无力；气滞血瘀，阻碍脉道，血流往返艰难，因而脉见涩滞有力。

【鉴别】 涩脉往来艰涩似迟，但至数不少。

涩脉往来艰涩似止，但并无歇止而非结代。

【兼脉】 浮涩恶寒。濡涩虚火亡血。芤涩失血瘀血。沉涩阴衰寒湿、气郁血结，或为腹病。虚涩血虚房劳。细涩血虚津涸。微涩亡血血虚。弦涩郁滞少血。紧涩寒湿或痹。迟

涩血少血瘀。缓涩脾薄血少。数涩阴竭。结涩血凝积瘀。涩小阴虚。涩弱气衰。

【引证】《景岳全书》："往来艰涩，动不流利。如雨沾砂，如刀刮竹，言其象也。"

虚脉类小结

(1) 凡脉诊时指下脉搏无力，可确定虚脉类病脉的存在。或为虚脉类本脉，或与虚脉类病脉相兼。

(2) 凡脉来无力，而没有明显的速度节律变化者，不论其脉位浮沉，多属虚脉类。其中，虚脉无明显形、位变化，唯三候无力；芤、散俱大而无力；细、濡、弱皆小而无力；涩则往来艰涩。详见下表。

	相同点	不同点
虚脉	无力	三候无力
细脉	无力	细小
濡脉	无力	细小而浮
弱脉	无力	细小而沉
芤脉	无力	浮大中空
散脉	无力	轻按散涣不聚，来去不明，略按即无
微脉	无力	极细极软，至数不清，似有若无，欲绝非绝
涩脉	无力	往来艰涩

(3) 虽脉来无力，但伴有速度节律变化，多为虚脉类兼其它病脉。

(4) 虚脉类一般不能与实脉类病脉相兼出现。古籍记载的与实脉类病脉相兼的细脉，实际是小脉，例如弦细脉实际为弦小脉。

4）实脉类

实脉类包括实脉、滑脉、弦脉、紧脉、动脉等病脉。洪

脉、牢脉等以脉位异常为主要特征的病脉也属于这一类。这些脉象都以脉来有力为共同特点。

邪气强盛而正气不虚，邪正交争，故脉来有力。依据邪气性质的不同，实脉类病脉除有力外，还往往有各自的形态特征。

（1）实脉

【脉象】三候充实有力。

【主病】实脉主实证。正常人也可见充实柔和之象。

【脉理】邪气强盛，正气未衰，邪正相争，故脉道充实，应指有力。若久病虚证见之，是为逆象，预后不良。

【鉴别】洪脉三候有力，但轻按盛于重按，不似实脉之三候平均。

紧脉有力，但左右弹指。

滑脉有力，但替替前行。

弦脉有力，但长而端直。

革脉有力，但仅见于浮候。

牢脉有力，但仅见于沉候。

【兼脉】洪实火旺。沉实膨胀腹满。细实内积。实滑痰凝邪盛。实紧寒积胀痛，腰痛胃寒泄泻。实动痛痹。迟实积冷或实热内结。数实肺痈实热腑热。

【引证】《景岳全书》：“实脉，邪气实也。举按皆强，鼓动有力。”

（2）滑脉

【脉象】应指圆滑，往来流利。

【主病】滑脉有力，主痰饮、食滞、实热等证。滑而柔和，可见于妊妇及平人，尤以青年为多。

【脉理】 痰食热邪壅盛于内，气实血涌，故脉象往来流利，应指圆滑。平人妊娠，气血充实而和调，故柔和流利。

【鉴别】 紧脉充实，但左右弹指而非替替前行，绷急而不流利。

弦脉充实，但长而端直，并非应指圆滑。

实脉充实，但无滑脉流利圆滑之象。

【兼脉】 浮滑风痰中痰腹痛。洪滑痰热。沉滑痰饮痰食里热。滑弱阴痛，小便亦然。弦滑痰饮。迟滑痰气，下利胀满。滑数痰热结热，胃热宿食。滑大邪热。滑长痰热壅盛或伤于酒冰。滑短宿食气塞，酒伤水逆。滑实痰凝，胃热邪盛。

【引证】 《濒湖脉学》：“滑脉，往来前却，流利展转，替替然如珠之应指，漉漉如欲脱。”

（3）弦脉

【脉象】 长而端直，按之不移。

【主病】 弦脉主肝胆病、疼痛和痰饮。此外，也可见于老年人。

【脉理】 肝主疏泄，条畅气机。若肝胆疏泄障碍，气郁气滞，风、火、痉、痫，以及疼痛、痰饮、疟疾，都可影响气机，使脉见弦。

【鉴别】 滑脉流利，如珠滚动；弦则三关端直而长。

紧脉绷急，左右弹指；弦则端直而长。故素有“弦言其象，紧言其力”之说。

【兼脉】 浮弦支饮。沉弦悬饮癖痛。濡弦眩晕指麻。弦芤兼瘀。弦细肝虚少气拘急。弦涩郁滞少血。弦滑痰饮。弦迟食积，寒疟虚寒。弦数热疟肝火。弦紧瘀血疝瘕寒癖。弦

缓风湿。弦大寒热。弦长肝病积滞，痰热壅盛。弦短宿食气塞。

【引证】《诊家枢要》："弦，按之不移，举之应手，端直如丝弦。"

（4）紧脉（坚脉）

【脉象】脉来绷急绞转，左右弹手。

【主病】紧脉主寒、主痛，又主宿食积滞。

【脉理】寒邪侵袭，血脉收引，或积滞内生，阻遏阳气，故脉象见紧。

【鉴别】弦紧俱有力，但弦状其形，紧言其力。弦长而端直，紧左右弹指。

滑脉替替前行，紧脉左右弹指。

【兼脉】浮紧风寒。沉紧里寒腹痛，伤食寒疝，风痫痃癖。紧细疝瘕。紧涩寒痹。紧滑蛔动，宿食吐逆。弦紧疝瘕，瘀血寒癖。紧数中毒，寒热往来。

【引证】《脉诀启悟注释》："按紧之为义，脉来绷急而兼绞转之形也。"

（5）动脉

【脉象】短小有力，现于一部，厥厥动摇。

【主病】动脉主痛、主惊。

【脉理】痛则阴阳不和，气血运行阻滞；惊则气血紊乱，脉行躁动难安，故均见动脉。

【鉴别】滑脉不仅拘于一部，形体不似动脉短小。

【引证】《脉经》："动脉见于关上，无头尾，大如豆，厥厥然动摇。"

实脉类小结

（1）凡脉诊时指下脉搏有力，可确定实脉类病脉的存在。或为实脉类本脉，或与实脉类病脉相兼。

（2）凡脉来有力，而无明显速度节律变化者，不论其脉位浮沉，多属实脉类。

	相同点	不同点
实脉	有力	无明显形，位变化，唯三候有力
滑脉		流利前行，如珠滚动
弦脉		端直不移，如按琴弦
紧脉		左右弹指，如切转索
动脉		短小动摇，如豆摇动
洪脉		浮大涌盛，如洪涌起
牢脉		沉大弦长，坚牢不移

（3）虽脉来有力，但伴有速度节律变化，多为实脉类与其它病脉相兼。

（4）实脉类、虚脉类病脉不能相兼出现，习惯称为与实脉类病脉相兼的细脉，实际上是小脉。

5）迟脉类

迟脉类包括迟脉、缓脉、损脉、败脉等病脉，以脉率比平脉缓慢但节律正常为共同特点。结脉也缓慢，但有歇止，故纳入代脉类。

寒性收引，凝滞脉道，或气虚失于推动，故脉来迟缓。

（1）迟脉

【脉象】 脉率缓慢，一息三至。约48～60次／分。

【主病】 迟脉主寒。一般主里寒，而且往往虚寒者多、寒实者少。多见于内伤病，或老人、身体虚弱病人。而外感病表寒证多见浮紧，里寒实证多见沉实或牢，均少见迟。但

是，偶尔实热证亦可见到迟脉，多迟而有力，应当注意鉴别。

此外，运动员及锻炼有素者，体力劳动者，世居高原的居民等也可见到迟脉，但多迟而柔和，属正常生理变化。

【脉理】 寒则气收，凝滞脉道，阳失推运，故脉见迟象。迟而有力为阴寒积冷实于里，迟而无力则为阳气不足虚于内。邪聚热结，阻滞血脉流行，亦见迟脉，但必迟而有力。如伤寒阳明病脉迟可下之类，故脉迟不可概认为寒证，当脉证合参。

【鉴别】 缓脉一息四至，迟脉则一息三至。

结脉迟缓但有间歇，与迟脉不同。

涩脉往来艰涩但至数不少，与迟脉不同。

【兼脉】 浮迟表寒中风。芤迟失血正虚。沉迟里寒痼冷。虚迟寒滞，阳虚虚寒。迟细阳衰。迟微气虚中寒，阳脱难安。迟实积冷冷痛，实热内结。迟滑痰气腹胀，下利胀满。弦迟食积，寒疟虚寒。迟缓寒湿。迟代脾绝。迟短虚寒。

【引证】 《脉经》："迟脉呼吸三至、来去极迟。"

（2）缓脉

【脉象】 缓脉有两种。①一息四至，约64～80次／分，从容和缓。②脉来弛缓无力。

【主病】 第一种缓脉多为正常人脉象，其它病脉变化为这种缓脉，象征病情好转。第二种缓脉主湿证或脾胃虚弱等虚证。

【脉理】 常人胃气充足，病人胃气恢复，故脉来和缓。湿性粘滞，阻滞气机，气血为湿所困，脾胃虚弱，化源不足，故脉来弛缓。

【鉴别】 迟脉一息三至，缓脉一息四至。

涩脉往来艰涩，缓脉从容和缓。

【兼脉】 浮缓卫伤，伤风风湿风寒，皮肤麻痹。沉缓营弱，血气虚虚眩，寒湿水湿湿痹。缓弱气虚阳虚，胃强脾弱，噫而吞酸，食辛不下。缓细阴虚湿痹。缓细脾薄，血伤血虚。缓滑痰湿热中。迟缓寒湿虚冷，食冷咽痛。

【引证】 《诊家正眼》：“缓脉四至，来往和匀，微风轻飐，初春杨柳。缓为胃脉，不主于病，取其兼见，方可断证。……按缓脉以宽舒和缓为义。”

（3）损脉

【脉象】 一息二至，约32～40次／分。

【主病】 阳气衰损。

【脉理】 阳气衰损将脱，无力鼓动脉搏，故见损脉。

（4）败脉

【脉象】 一息一至，约16～20次／分。

【主病】 阳气衰败，病危。

【脉理】 阳气衰败将亡，无力鼓动脉搏，故见败脉。

【引证】 《四言举要脉诀》：“二损一败，病不可治。”

迟脉类小结

（1）脉诊时，脉率低于一息三至（约60次／分），可以确定存在迟脉类病脉。或为迟脉类本脉，或为与迟脉类病脉相兼。

（2）单纯脉率缓慢者，属迟脉类病脉：一息四至为缓、三至为迟、二至为损、一至为败。

（3）虽脉率缓慢，但伴有深度、强度、形态及节律变化者，多为迟脉类与其它病脉相兼。

（4）迟脉类病脉不可能独见于寸关尺三部中的任何一

部。

(5) 迟脉类、数脉类病脉不能相兼出现。

6) 数脉类

数脉类主要包括数脉、疾脉、极脉、脱脉等病脉，以脉搏跳动比平脉快为共同特点。促脉虽然也数疾，但有歇止，故归入代脉类。

热邪鼓动，迫促血行，故脉象数疾。

(1) 数脉

【脉象】 一息六至，约96～120次／分。

【主病】 数脉主热证。有力为实热，无力为虚热。根据所兼脉象，可确实热证的性质。当然，热证不一定全见数脉，里热证有时唯洪滑有力。此外，偶尔虚寒之证亦可见数脉，多沉细无力，应注意鉴别。

【脉理】 邪热亢盛，热促血行，气血运行加速，故见数象。实热内盛，正气不衰，邪正相争则数而有力；久病阴虚，虚热内生则数而无力。虚阳外浮之数必大而无力，按之豁然而空。

【鉴别】 疾脉一息七至，数脉一息六至。

促脉数疾而有间歇，数脉无间歇。

【兼脉】 浮数风热，表热振寒。沉数里热。濡数湿热。芤数亡血阴虚。洪数火热疮疡。虚数肺痿，阴虚躁热，虚阳外越。细数阴虚内热。弱数遗精崩漏。涩数阴竭。滑数痰热宿食，胃热结热。弦数肝火热症。紧数中毒，寒热往来。代数泄便脓血。矩数心痛心烦。

【引证】 《濒湖脉学》："数脉一息六至，脉流薄疾。"

(2) 疾脉

【脉象】①一息七至，约112～140次／分。②躁急促手。

【主病】外感病热极盛、肺痨阴极衰。此外，孕妇临产亦见疾脉。

【脉理】阴液衰竭，亢阳无制，故脉现躁疾之象，乃病重之征。外感伤寒温病见之，脉必有力。若脉疾而按之不鼓指，是虚阳外越之兆。若脉疾而不大不小、冲和之象尚存，病尚无虞。

【引证】《四言举要脉诀》："七疾。"

（3）极脉

【脉象】一息八至，约128～160次／分。

【主病】热极阴竭。

【脉理】真阴欲竭，孤阳外越，故见极脉，大危之候。

【引证】《四言举要脉诀》："八极。"

（4）脱脉

【脉象】一息九至，约144～180次／分。

【主病】真元将脱。

【脉理】真元虚极将脱，死候。

【引证】《四言举要脉诀》："九至为脱。"

数脉类小结

（1）脉诊时，脉率超过一息六至（约96次／分），可以确定数脉类病脉的存在。或为数脉类本脉，或与数脉类病脉相兼。

（2）单纯脉率频数者，属数脉类病脉：一息六至为数、七至为疾、八至为极、九至为脱。

（3）虽脉率频数，但伴有深度、强度、形态及节律变化

者，多为数脉类病脉与其它病脉相兼。

(4) 数脉类病脉不可能独见于寸关尺三部中的任何一部。

(5) 数脉类、迟脉类病脉不能相兼出现。

7) 代脉类

代脉类包括代脉、促脉、结脉、伏脉等病脉，以及以无力为主要特征的散脉和微脉。这类脉均以脉搏节律不齐为共同特点。

脏气衰微或失和，心脉鼓动失常，气血运行紊乱，故脉见歇止。

(1) 代脉

【脉象】 ①脉有歇止。②止有定数。③间歇较长，良久复动。

【主病】 久病见代为脏气衰微，新病见代为疼痛、惊恐、风证、剧烈吐泻或跌扑损伤。此外，平人及妇女妊娠和分娩后亦偶可见之。

【脉理】 脏气衰微，气血亏损，元阳不足，以至脉气不能接续，故脉代无力；风痫惊恐，跌扑损伤，剧烈吐泻以致气机逆乱，脉气不能接续，故脉代有力。

【鉴别】 促脉结脉都有歇止，但或数或迟，而且止无定数，间歇较短，可资鉴别。

【引证】 《诊家正眼》："代脉禅代，止有常数，不能自还，良久复动。"

(2) 结脉

【脉象】 ①脉来迟缓。②时有歇止。③止无定数。

【主病】 主脏气衰微或阴盛气结，如寒、痰、瘀血、气

滞等证，正常人偶尔可见。

【脉理】 寒痰瘀血等阴邪过盛，气滞气结而阳气郁阻，故脉来缓慢，时而歇止，多结而有力。若脏气衰微，无力鼓动，则多结而无力。

【鉴别】 迟缓二脉至数慢而无歇止。

促代二脉有歇止而不迟缓。

【引证】 《脉经》：“结脉往来缓，时一止复来。”

(3) 促脉

【脉象】 ①脉来数疾。②时有歇止。③止无定数。

【主病】 主阳热亢盛、气滞血瘀或痰食停积等病证，亦主脏气虚衰欲脱。

【脉理】 阳热亢盛，热迫血行，脉见疾数；实邪阻滞，阴不和阳，偶见歇止多促而有力。若促而细小无力，多属虚衰欲脱之象，临证应加注意。

【鉴别】 数疾二脉数疾而无歇止。

结代二脉歇止而无数疾，可资鉴别。

【引证】 《脉经》：“促脉来去数，时一止复来。”

(4) 伏脉

【脉象】 一手或两手脉搏一时隐伏不动。

【主病】 ①邪闭：其它浅表动脉仍有搏动，而且多有涌盛之势。主中恶邪闭、厥证、霍乱吐泻，②正脱：其它浅表动脉亦无搏动，或搏动微弱散断，主脱精失血，津液骤脱。

【脉理】 中恶邪闭，厥逆痛极，暴吐剧泻，脱精失血，阳气不得宣通，气血失于流畅，故寸口脉隐伏不动

【鉴别】 沉伏：极沉之脉，重按微细不显，但仔细推寻，仍能发现。（即所谓“推筋著骨始见”）

无脉症：一生六脉全无，而生活如常。此非古今脉书之伏脉。

【引证】《伤寒六书·一提金脉要》：“何谓伏脉？一手无脉曰单伏，两手无脉曰双伏。”

《脉学辑要评》：“不动为伏，非果藏匿深处。”

《时氏诊断学》：“无脉谓之伏，若沉之甚者，即名沉之甚，不得谓之伏”，“至于推筋著骨云云，决非事实。”

伏脉类小结

(1) 脉诊时发现脉律不齐，可以肯定代脉类病脉的存在。或为代脉类本脉，或与代脉类病脉相兼。

(2) 单纯脉律不齐或兼有脉律变化者，属代脉类病脉。详见下表：

	相同点	不同点
代脉	歇　止	有定数
结脉	歇　止	无定数而迟缓
促脉	歇　止	无定数而数疾
伏脉	歇　止	隐伏不见

微脉、散脉来去不明而有微细涣散之状。

(3) 脉律不齐而有深度、强度、形态、速率等变化者，多为代脉类病脉与其它病脉相兼出现。

8) 其它类

其它类脉包括大脉、小脉、长脉、短脉四种脉。都以脉的形体不同于平脉为共同特点。单纯见到这些脉，多属生理变化。主病时多兼其它深度、强度、速率、节律等特征，多有专名，或做为兼脉出现。

（1）大脉

【脉象】 脉之形体大于平脉。

说明：单纯形体之大，并非病脉，多为发育异常或体格魁伟者的正常脉象。

大脉见于病人，多有一定兼象，如大而浮洪盛为洪脉，大而沉弦实长为牢脉，大而涣散为散脉，大而中空为芤脉等。脉搏形体大，只是洪、牢、散、芤这些病脉的组成因素之一，而且大多是次要因素，其主病主要由浮洪盛、沉弦实、涣散、中空等主要因素而决定。而且，这些病脉多有专名。已经不能称为大脉。

【引证】《脉理存真》：“大不是洪，应指形大。”

（2）小脉

【脉象】 脉之形体小于常脉。

说明：单纯形体之小多是发育异常或体格矮小者的平脉。并非病脉。小脉见于病人，多有兼象：如小而无力名细，小而浮软名濡，小而沉软名弱等，均有专名，小仅是组成该脉的因素之一。

【引证】 《诊家枢要》：“小，不大也，浮沉取之，悉皆损小。”

（3）长脉

【脉象】 脉形比平脉长。

说明：单纯脉形之长，多属生理性异常。长脉见于病人，必有兼象，均有专名：如长而沉实弦大名牢，长而按之不移名弦，等。

【引证】 《诊家正眼》：“按长脉之为义，首尾相称，往来端直也。”

（4）短脉

【脉象】 脉形比平脉短。

说明：单纯脉形之短，多属生理性异常。短脉见于病人，必有兼象，如短小有力、厥厥动摇为动脉等。

【引证】 《四言举要·脉诀》："短则气病，不能满部，不见于关，惟尺寸候。"

其它类小结

（1）凡脉诊时发现脉形异常者，可以肯定其它类脉的存在。或为其它类本脉，或与其它类脉相兼。

（2）单纯脉形异常，如大于平脉，小于平脉，长于平脉，短于平脉，多为禀赋发育而致。唯在历代医籍中，小脉多与细脉混称，应注意区分。

（3）脉形异于平脉，而又有脉位、脉力、脉率、脉律变化者，是其它类脉与病脉相兼。其它类脉属生理变异，其兼脉则有不同的主病意义。

8．怪脉

上述三十四种脉中，凡极、脱、损、败和散、微、伏等脉出现，往往表示病情比较严重，或见于病情发生恶化之时。但一般经积极抢救，尚有转危为安之机。除此以外，中医古典医籍还记载有一些危重病脉，均为无胃、无神、无根之脉，所以古代称为"败脉"、"死脉"、"真脏脉"。又因其脉象奇怪，异于一般病脉，故又称"怪脉"。多见于患者临终之前，心律紊乱严重，预后多属不良。

怪脉在《内经》中已有记载，《吴氏脉语》采《素问·大奇论》浮合、火薪、散叶、省客、交漆、弦缕、委土、悬壅、如丸、如春、如喘、霹雳以及《难经》关格、覆溢等

脉，《诊宗三昧》亦博稽经文以评论之。元·危亦林在《世医得效方》中对十种危重病脉加以详细描绘，为后世习用，称“十怪脉”。为便利学习应用，试将其归纳为似促类、似结类两类，分别阐述如下。

1）似促类

似促类怪脉，包括釜沸脉、雀啄脉、弹石脉、解索脉、麻促脉、转豆脉、偃刀脉等七种。其共同特点是脉率快而有不规则的间歇、这一特点与促脉相似，所以命名似促脉类。

（1）釜沸脉

【脉象】搏动浅表，频率极快且不规则。

【主病】“乃三阳数极，无阴之候。朝见夕死，夕见朝死”。

【引证】《世医得效方》：“脉在皮肤，有出无入，如汤涌沸，息数俱无。”

（2）雀啄脉

【脉象】连续三至五次的快速搏动与较长间歇交替出现。

【主病】“脾无谷气已绝于内。醒者十一日死，困者六七日死。”

【引证】《世医得效方》：“脉在筋肉间，连连凑指，忽然顿无，如雀啄食之状。盖来三去一也。”

（3）弹石脉

【脉象】快而坚实，有如用手指弹石的感觉。

【主病】“乃肾经真脏脉见，遇戊己日则不治”。

【引证】《世医得效方》：“脉在筋肉间，辟辟凑指，促而坚。”

（4）解索脉

【脉象】脉来动数，随即散乱，时紧时松，完全没有次序，有如乱绳被解散时的一种脉象。和散脉相比，更为散亂，有强弱不等更明显，快时更快，慢时更慢的特点。

【主病】“肾与命门之气皆亡，戊己日笃，辰己日不治”。

【引证】《世医得效方》：“脉如解乱绳之状，散乱无序。”

（5）麻促脉

【脉象】快而细弱并不规则。

【主病】“盖从枯荣血独涩，轻者三日死，重者一日殒矣”。

【引证】《世医得效方》：“脉如麻子之纷乱，细微至甚。”

（6）转豆脉

【脉象】脉形短小，快而无规律。

【主病】“脏腑空虚，正气飘散，象日行尸，其死可立待也。”

【引证】《世医得效方》：“脉形如豆，周旋展转，并无息数。”

（7）偃刀脉

【脉象】弦紧急劲，忽快忽慢，极不规律。

【主病】“由心元血枯，卫气独居，无所归宿。见之四日难疗。”

【引证】《世医得效方》：“脉如手循刀刃，无进无退，其数无准。”

似促类小结

以上七脉的共同特点是脉率极快，脉律不齐。其不同点是脉律不齐的程度，脉力强弱、脉位高度，脉的形象等有所差异。

从现代医学角度分析，这类脉象都见于危重病人伴有严重心律紊乱之时，如房室分离伴心动过速及多发性多源性室性期前收缩时，其脉即可如雀啄、解绳、麻促之象。各种心律较快的心动过速及心房、心室扑动，其脉即可如弹石、偃刀、转豆、釜沸之象。

2）似结类

似结类怪脉，包括屋漏、鱼翔、虾游和夺精等四种。其共同特点是脉率慢而有不规则的歇止。因为这一特点与结脉脉象相似，所以命名为似结类。

（1）屋漏脉

【脉象】 脉力极弱，脉来极慢，节律时有不齐。

【主病】 “胃气荣卫俱绝，七八日死”。

【引证】 《世医得效方》：“脉在筋肉间，如残溜之下，良久一滴，溅起无力，状如水滴溅地貌。”

（2）鱼翔脉

【脉象】 脉位浅表，强弱不等，节律极不规则，至数不明确，开始搏动较有力而清楚，继即弱而不清且有间歇（形成头定而尾摇）的脉象。

【主病】 “三阴数极日亡阳，当以死断”。

【引证】 《世医得效方》：“脉在皮肤，头定而尾摇，浮浮泛泛”。“鱼翔脉似有似无。”

（3）虾游脉

【脉象】 脉位浅表，在快慢不齐中有突然一跃而消逝，继即又来快脉的一种脉象。

【主病】 “醒者七日死，困者三日死”。

【引证】 《世医得效方》：“脉在皮肤，如虾游水面，然不见，须臾又来甚急，又依前隐然不动。”

（4）夺精脉

【脉象】 迟至两息时间才脉动一次，脉率仅3～10次/分。

【主病】 “脉已无气。”

【引证】 《四言举要》：“两息夺精。”

似结类小结

本类四种怪脉的共同特点是脉率极慢，脉律不齐，非常无力。仅形态有如屋漏、鱼翔、虾游之异。因“夺精脉”主病意义与之类似，故补充于此类。

从现代医学角度分析，这类脉象多见于危重患者伴有完全性房室传导阻滞、结性心律、室性早搏等严重心律紊乱之时。

总之，在临床实践过程中，这些危重病脉经常可以遇到，并不少见。由于它们多出现于各种心脏病，心力衰竭，严重的肝肾损害，失血，脱水，电解质紊乱，中毒及感染等严重的器质性病变，伴有严重心律紊乱，所以往往预后不良，死亡率高。前人将其命名为“败脉”、“死脉”、“绝脉”，是有道理的，有广泛而长期的临床经验作为实践基础。临床遇到这些脉象，确实必须加倍注意，争取一切时间，想尽一切办法积极抢救。同时，也应认识到，由于现代医疗技术的飞速发展，若能中西医结合，采取综合措施，前

人认为这些脉象反映“不治”之“死候”，除一部分极严重器质性病变以外，大部分还是可以救治的。古人对此早有认识，如薛氏曰：“雀啄诸脉，若因药剋伐所致，急投大补，多有复生者。”

9．妇人脉

人体的组织结构基本相同，生命活动有关的物质基础，脏腑经络的生理活动也遵循着共同的规律。反映在脉象上，男女老幼的平脉、病脉、怪脉也基本相同。但是，妇女在解剖生理上有其区别于男性之处，妇女独具胞宫，这一奇恒之腑为男性所无，经、带、胎、产等生理功能及病理变化，也为妇女所特有。因而男女两性在解剖、生理、病理等方面都不完全相同。妇女的脉诊，也就包括一些独特的内容，在明确脉诊的一般则律之后，还需清楚妇女脉诊的特点。

(1) 平脉：妇女的平脉，一般比男子稍弱，略沉而静，其状柔软，右大于左，尺脉较盛。这是正常的生理情况。当然，时代不同了，目前妇女已走出家庭，参加各种劳动，因此，这种差别已经不甚显著。

(2) 月经脉：妇女的月经有常有病，脉象也相应发生正常或异常变化，其常见者如：

月经正常的脉象：月经将至或月经期间，脉变滑利，或左手关尺之脉较右手洪大，而无口苦、身热、腹胀等症状；或两脉滑数而无口苦、身热、腹胀等症状；或两脉不滑而有些数，皮肤不热，无外感征象；或两脉数而寸浮关弦。

月经异常脉象：临床如发现妇女月经异常，应询问其平素的周期、行经天数、经量、经色、经质及其兼症，必要时尚须询问末次月经的日期，以及初潮或停经的年龄。除望、

闻、问三诊外，脉象的变化对月经异常的诊断，也有一定的实际意义。

月经异常的脉象变化，多表现在尺部，一般常寸关调和而尺脉异常。如脉滑数多为血分有热，脉细迟多为脏腑虚寒，脉细数多为阴虚虚热，脉涩多为气滞血瘀等等。

【月经先期或量多】 月经周期比平素提前一周以上，称为月经先期。其常见原因为热迫血行或气虚不摄，亦可见于肝郁、瘀血或肾虚，脉象均有相应变化。血热、热迫血行者脉多数疾，或两尺洪大滑数，或弦大。气虚不摄者脉多六部沉细，或两关弱。此外，肝郁脉多弦，血瘀脉多涩，肾虚尺脉无力，并分别有急躁易怒，舌上见瘀点瘀斑，或血量过多等症候。

【月经后期量少】 月经周期比平素推迟一周以上，称为月经后期。其常见原因为寒凝或血少，亦可见于气滞血瘀或痰阻。脉象也会发生相应变化。寒凝气滞、血不畅行者有虚有实，实者脉多沉紧，虚者脉多沉迟。血少阴虚者脉多细弱，有虚热则多兼数。气滞血瘀者脉多涩，痰阻者脉多滑，并有其它临床表现可据。

【经闭】 月经停止超过三个月，而又未妊娠者，称为闭经。其常见原因为气血虚、血瘀，亦可见于寒凝，脉象有相应变化。尺脉无力或沉细，为气血虚。尺脉涩为气血瘀滞。脉迟或紧则为寒。

【崩漏】 非周期性的子宫出血，称为崩漏。血崩量多而来势急剧。漏下量少却持续不断。一般以气虚、血热、血瘀为主要病因，脉象也均有相应变化：脉弦数为血热妄行，脉细弱为气虚失摄，脉弦涩为瘀血内阻，血不归经。暴崩之后，脉可见芤；久漏之后，脉宜虚弱。

（3）带下脉：带下是指妇女前阴的分泌物比正常增多，或色、质、气味发生异常。带下可因多种原因引起，其中比较常见的是湿热、寒湿和肾阳虚衰。脉象上的相应变化是：

带下色黄粘稠，有臭秽气多为内有湿热，脉象多弦滑略数，或右脉弦数、左脉沉细数而有力。

带下色白清稀，有腥臊气多为寒湿下注，脉象多沉缓，或弦细而迟。

带下清稀而冷，腰痛肢冷，脉象沉迟微弱，两尺尤甚，则为肾阳虚衰。

带下粘稠如涕，脉缓或滑，多为脾虚湿阻。

（4）早孕脉：中医对妇女早期妊娠的脉象变化极为重视。自《内经》开始以至近代，对妊娠脉均有大量记载。早在《素问·平人气象论》、《灵枢·论疾诊尺篇》就有妇女"手少阴脉动甚者妊子"的论述，《素问·阴阳别论》亦曰："阴搏阳别，谓之有子。"《素问·腹中论》更提出："何以知怀子之且生也？身有病而无邪脉也。"这些均已成为后世论证的主要依据。兹在整理历代主要文献的基础上，结合前辈的经验和个人的临床体会，简介如下：

妇女妊娠以后，月经停止，一般在停经后一个半月到三个月这段期间大多数会出现不同程度的反应：①脘闷、不欲饮食、择食、恶心、呕吐。②头晕、肢重、懒动、易疲。③项背部有微冷感觉等等。这些反应，便是《内经》所谓"身有病"。停经及这些"病"往往是促使妇女来诊的原因。

诊断过程中如发现病脉、停经及不适便真是病。如寸浮多为外感，寸滑多为痰湿阻遏，关弦多为肝郁气滞，脉虚细弱多为气血虚弱，脉弦紧沉结或沉伏多为积聚，脉涩舌青多

为血瘀等等，应脉证合参，辨证论治。如果六部调和，无明显病脉(邪脉)，很可能便是妊娠，此即所谓“身有病而无邪脉”，排除病脉，除注意寸部（心主血），尺部（尺主下焦）以外，也应注意两关。因为关候肝脾，肝藏血而脾统血，两关无异，血气充盛，月经应正常，应正常而停止不行，多为妊娠所致。

那么，妊娠的脉象如何呢？一般妊娠脉表现为：①六部脉按之不绝，或滑而冲和，或滑而较数。②寸关部调和，尺部按之不绝，或滑而冲和。③亦可见左寸独滑，或六部见代，或见疾脉（急促上击）等，但无相应症候。

对妊娠脉象的识别，是一项比较精巧的技术，需长期认真体会才能熟练掌握。对此，前人有丰富的经验，足资我们继承整理。

六脉或尺脉按之不绝：《脉经》曰：“三部脉浮沉正等，按之不绝者，有娠也。”《锦囊秘录》曰：“体弱之妇，按尺不绝。”临床殊难体会。清·周学海说：“凡诊孕脉，必选用举按以审其势……诊者先以指重压至骨，令脉气断绝不能过指，旋忽微举其指，若是有孕，尺脉之脉必有气如线，漉漉争趋，过于指下，如矢之上射也，故有孕者不论其脉如何软弱迟缓，而当按断微举之时必有线随指上趋，既举复按，屡审不爽，孕无疑矣。若非孕也，无论其脉如何洪滑疾数，亦当按断微举之时，必无气线过指，即或有之，亦不能随指即上，指既举而气乃至，不似胎脉之指初举而脉即粘指而升，些小之时间亦无停顿，此即《脉经》所谓‘尺脉不绝’及‘脉动甚，之诊也。”

对于周氏的经验，近代许多医家都有切身的体会及类

似描述。如朱必真说："妊娠妇女之脉……这种应指而起亦可以体会得到的，这是尺脉不绝之意。这种现象在妊娠5～15天便见，至三四个月以上更显，与普通妇女不同，这是要多摸多比较才可分别和体会，但若妊娠洗冷水或吹冷气吃冷食脉搏会细弱一些，此象便不甚显，故必须缓和后才摸……"刘竹林也说："女子受胎二月，有些人在尺脉部位按重些即不来，随即冲过指下，而且有力，这便是怀孕的现象。"

六脉或尺脉滑：妊娠脉滑，多滑而冲和。可见于六部，也可仅见于尺部。对这一现象历代论述颇多，亦为古今绝大多数医家所公认。如《景岳全书·脉神章》："凡妇人怀孕者血留气聚，胞宫内实，故脉必滑数倍常。此当然也。然有中年受胎，及血气羸弱之妇，则脉见细小不数者亦有之，但于微弱之中，亦必有隐隐滑动之象。"宁波市第二医院妇产科三位医师临床观察一年后提出结论认为："早期妊娠，停经两个月以内的，可以有滑脉，但或隐或现，不很显著"，"有孕两个月后就现滑脉，三个月以上更显著，到分娩后数天，滑脉仍不散；但亦有少数孕妇，没有发现滑脉的。"

六部脉数：《脉经》曰："妊娠初期……呼吸五至，三月而尺数也。"张景岳进一步补充鉴别曰："胎孕之脉数，劳损之脉亦数，但（劳）损之脉多兼弦涩；胎孕之数，必兼和滑，此即妊娠之脉，有可辨也。"当然，尺部独数，不符实际，但三月而数，是客观规律，所以近代王金石说："以脉息论、三个月的妊娠，脉之至数开始变化，三月多一至……"

辅助方法：除脉象以外，中医还探寻了一些辅助方法，以便从多方面验证是否妊娠，主要有：

【验唇】恽铁樵曰："妇人月经停止，如上唇红润为有孕，上唇青紫为瘀血。""女人停经，假使属瘀，则环唇必见青色；假使属孕，则脉滑而唇四白颜色华好。"并强调："其事千百试而不一爽，此为事实，非可以口舌争也。"

【验天突穴】天突穴位于颈部胸骨切迹上缘凹陷处。若妇女坐位时浮取天突穴能触到明显搏动，则怀孕的可能性较大。据金氏观察48例经妇产科确诊或妊娠试验阳性的早期妊娠妇女，其中40例摸到明显搏动，阳性率为82.29%，而对照组非妊娠妇女48名，仅2名有天突穴搏动，阳性率仅为4.16%，两者经统计学处理，有非常显著的差异（$t=5.8$，$P<0.0001$）。因此，本方法阳性率高，又简便易行，对诊断妇女早期妊娠有一定实用价值。

【验乳】妇女的乳房发胀增大和乳头周围的色素加深，是妊娠早期的现象。祖国医学很早就认识到这一现象，采用为诊断妊娠的辅助方法。如《医宗金鉴》曰："孕病不分需验乳，五月之后乳房升。"胡友梅说："更有乳房晕兼胀，得胎现象诊难瞒。"

【验胎散】《叶氏女科》、《胎产心法》还载有验胎散，进行诊断性治疗。一般用全当归21g、川芎3g，共为末，浓煎艾汤空心调服，或调好酒亦可，服后安卧一时许。腹中不动为经滞，觉腹中动者胎也。动罢即愈，安稳无虑。（叶氏谓脐下动者血瘀也）

在诊早孕时应当注意，妇女午睡初起，脉亦可滑疾有力，不可误作孕脉。此外，积聚脉多弦紧沉结或沉伏，劳损脉多数而兼弦兼涩，若经停似孕，均宜细心判别，以免延误病情，或误伤胎育。

附：预测胎儿性别法

古代脉书还多载有预测胎儿性别的方法，兹整理其要点列表如下，以供参考：

	男　胎	女　胎
食欲	不思食，喜酸	不思食或食欲强，喜辣
面色	面色加红 左目下赤 左耳三角窝有赤白珠	面色少红 右目上下青 右耳三角窝有赤白珠
乳房	左乳胀重，先高硬	右乳胀重，先高硬
腹形	如釜	如箕
腹纹	色见三阳，丹田石门气海有紫纹	色见三阴，丹田石门气海有青纹
胎动	时间稍早，范围小而剧烈，局部突起	时间稍晚，范围大而轻微，全腹抖动
脉象	左手来去躁急促手，或滑大而疾，或左手沉实，左尺偏大如实	右手来去躁急促手，或滑大而疾，或右手浮大，右尺偏大如实

(5) 胎产脉：妊娠脉着重于判断是否妊娠。在妊娠期间胎儿的生死，以及流产、临产、产后的情况，脉象的变化也有一定的参考意义。

活胎：一般沉取时脉象仍较滑实的胎儿多较健壮。

死胎：重按脉象或涩或虚的多为死胎或痞块。

流产：凡妊娠后的阴道流血，持续多日不止，下腹疼痛有下坠感，腰骶疼痛者，多为先兆流产的征象；分别称为胎漏，妊娠腹痛，胎动不安等。发生在停经三个月以内的是早期流产，称为堕胎，三个月至七个月间的是晚期流产，称为小产或半产。连续流产三次是习惯性流产，即滑胎。先兆流产往往是流产的先导，如腹痛不剧，流血不多，往往脉滑而

强实，尚可安胎。若脉象沉细迟涩，或两尺细弱无力，多为肾气不足，胎元不固，有滑胎历史或流产可能，应积极固胎。若脉滑而细弱弦芤，腹痛阵剧下坠，流血多有块，则多属难免流产，治应活血去瘀，理气行滞，促其胚胎及胎盘组织全部排出，使子宫迅速恢复，出血乃能停止。

临产脉：①寸口脉象。临产脉多浮数或滑数。若孕已足月，尺脉转急，如切绳转珠，或脉见“离经”（浮数散乱；沉细而滑；大小不调匀，或如雀啄屋漏；离开寸关尺部位而直上鱼际，这些均为离乎经常之脉），为将临产。《脉经》所谓：“妇人欲生，其脉离经，夜半觉、日中则生也。”确属经验之谈。②中指脉象。《医存》说：“妇人两中指顶节之两旁，非正产时则无脉，不可临盆。若此处脉跳，腹连腰痛，一阵紧一阵，二目乱出金花，乃正产时也。”孕妇两手中指本节至顶节两侧有脉应手乱动，同时腹痛连腰，一阵紧似一阵，二目乱出金花，也是临产之兆。

产后脉：产后脉一般多虚缓和平。若滑数多日不减，为阴血未复，或外感实邪。如产后出血不止，脉弱而涩，或尺弱不能上关，则为气血大亏、脱血之候。故《脉诀汇辨》曰：“及其已产也，气血两虚，其脉宜缓滑，缓则舒徐，不因气夺而急促；滑则流利，不因血去而涩枯，均吉兆也。若脉实大弦牢，非产后气血俱虚者所宜，实为邪实，大为邪进，弦为阴敛而宣布不能，牢为坚着而瘀凝不解，是皆相逆之脉，设外有证，又岂能顺乎！？”

10．小儿脉

脉诊在小儿疾病中有重要的诊断价值。因此，早在《内经》中就有小儿脉诊的记载，李延昰曰：“古人之诊小儿

者，未尝不重在脉，即虽初说胞胎，亦自有脉可辨。”《医宗金鉴》将小儿脉象分为15种。《小儿卫生总微方论》分为13种，小儿与成人的脉象变化，确有共同的规律；小儿脉法与成人脉法，也有很多相同之处。但是小儿寸口部位狭小，难分寸关尺，又不能很好合作，临诊时容易惊哭而使脉象改变。加以小儿处于生长发育时期，生理病理不尽同于成人，生理上，小儿脏腑娇嫩，形气未充而生机蓬勃，发育迅速，病理上，小儿发病容易，变化迅速，又脏气清灵，易于康复。这些生理病理特点，对儿童的平脉病脉有重要影响。因而小儿脉诊，有其独特之处，应当掌握。

（1）指法特点：在指法方面，一般小儿脉诊多选用一指三关法：辗转法等指法进行，而很少或不用成人指法。

辗转法：三岁至八岁的小儿，脉位狭小，可用拇指横按脉上，上下辗转以诊其脉。

一指三关法：三岁以下的小儿，脉位更为狭小，可用拇指切按脉口部位，分三部以诊其脉。

九岁以上，即可次第下指依寸关尺三部诊脉，十五岁即可按成人三部诊法进行。

（2）脉象特点：在脉象方面，一般只诊浮、沉、迟、数、虚、实、滑、涩八脉，以辨表、里、虚、实、寒、热、燥、湿等症，而不详求三十四种病脉及其主病。

八脉在小儿脉诊中的特点如下：

浮沉：浮脉主表证、沉脉主里证。

【特点】 小儿肾气未充，脉象止于中候，不论脉体素浮素沉，也不拘表证里证，重按多不可见。故沉取时力应较成人稍轻。如重按仍见，按成人牢实脉论。

虚实：虚脉主虚证，实脉主实证。

【特点】 小儿形体正在发育阶段，其实脉也没有成人之力大，应予注意。

迟数：迟脉主寒证，数脉主热证。

【特点】 小儿心跳频率及脉率较成人快速，初生婴儿可达140次／分，一岁约120次／分，1～2岁约110次／分，3～4岁约105次／分，均为平脉，不可作数脉论。

滑涩：滑脉主痰湿、食积，涩脉主燥证、瘀滞。

【特点】 小儿病证比成人单纯，脉象也比较简单。一般滑主痰湿，又主食积。涩主精血津液不足，或气滞血瘀之证。

此外，紧主寒，缓主湿，亦较常见。小儿若见弦脉，往往容易发生抽搐。

小儿脉诊一般具有以上特点，临床应注意四诊合参，得出正确的辨证结论。

（二）按诊

古代医家在切脉的同时，也运用切摸触按形体其它部位的方法以诊断疾病，称为按诊。

按诊的部位，包括肌肤、头额、手足、虚里、胸胁、腹部、穴位、疮疡等。通过这些部位的冷热、润燥、软硬、压痛、积块或其它变化，可以在望闻问的基础上，更进一步地深入探明疾病的许多情况。如通过胸腹冷热，可候病证寒热；通过肌肤润燥，可知津液多少；通过喜按拒按，可测病邪虚实；通过腹部软坚及有形无形，可辨病邪在气在血；通过扪寻虚里与脐间动气，能察正气强弱、推断预后等等，从而更可以充实诊断与辨证所必须的资料，因此是四诊中不可

忽略的一环。

按诊前请病人仰卧于平板床上，全身放松，双膝弯曲，两手放在身旁。医师站在病人右侧，用双手对病人进行触按。按诊的手法大致可分为轻触、抚摸、按压三种。轻触是以手指或手掌轻轻接触患者局部，利用掌指的触觉与温度觉来了解肌肤的凉热润燥等情况。抚摸是以手抚摸局部，以探明局部的感觉情况及肿物的形态大小等。按压是以手按压局部，以检查深部有无压痛，有无肿物，肿块的形态质地，肿胀的程度性质等。在临床上，这三种手法是综合运用的，常常是先触摸、后按压，从轻到重，由浅入深，以了解病变的情况。

按诊虽简便易行，又无创伤、无痛苦，但医师仍应体贴病人。手法要轻巧，避免突然暴力，冷天要事先将手暖和后再予进行检查。同时要嘱咐病人主动配合，随时反映自己的感觉。还应边按压边观察病人的表情变化，以及时了解病人真实情况。

1．按肌肤

按肌肤，主要是了解肌表的寒热、润燥、肿胀等情况，以辨别邪正盛衰，并从热的轻重以分辨其表里虚实。

凡阳邪盛或阴精虚的身多热，阳气虚或阴邪盛的身多寒。

身热患者，凡初按热甚，久按热反转轻者为表热；久按其热更甚者，为里热。重按筋骨热甚，热如自内向外蒸发者，亦为里热。

轻触皮肤，分辨其润燥、滑涩，可以了解病人津血盛衰与出汗情况。如肌肤润泽为气血有余。肌肤干燥为津血不

足，或未汗出。肌肤湿润多已汗出，湿润而温热者为热证有汗，湿润而肤冷凉者，多为阳虚汗出。若肌肤干涩枯瘪，为津血大伤。肌肤甲错，则多为阴伤或内有干血、内痈之候。

肌肤濡软而喜按者，多为虚证；患处硬痛而拒按者，多为实证。轻按即痛者病在浅表，重按方痛者病在深部。

重按肌肤，分辨水肿气胀，可以指导治疗，按之凹陷，放手即起的，为气胀。按之凹陷，放手不能即起的，为水肿。若指按如入湿泥，毫无弹性，为阳衰败证。

此外，按压肌肤，还可以从其肌肉的胖瘦，推测病人的素质与病之新久。凡肌肉健壮者正气充足。肌肉消瘦或形胖虚软者正气不足。而形体消瘦、大肉下陷者，往往是久病重病、正气匮乏之征。

古代因受历史条件的限制，不便进行全身诊察，所以十分重视诊察从肘部内侧至掌后横纹处的一段皮肤，称为“按尺肤”。通过切按尺肤的胖瘦缓急，寒热滑涩等了解病情，用以分辨病程新久、病情虚实以及寒热燥湿等。例如，尺肤热甚，见于外感病时，多属温热病。

2．按头额

触按头额，可以了解病人是否发热。一般来说，额热者身也热，额不热者身也不热。

3．按手足

四肢为诸阳之本，触按手足，主要可以分辨病证的寒热、热之表里，以及外感内伤、阳气存亡。

四肢温暖为阳气能达四肢。四肢逆冷则为阳气不达，或阳虚寒盛。手足俱热多为阳热炽盛。内热炽盛，阳郁于里不能外达而四肢厥冷不可误做阳虚错治。暑温之病，湿性下趋

而常致两足不温，若两足渐温，汗出溍布，则为湿化热透，将愈之兆。

按手足，应进一步比较手足心部与背部以判断外感内伤。凡手足背部热甚于手足心的，多为外感发热。手足心热甚于手足背的，多为内伤发热。手足心常恶热的，多为阴虚内热。

按手足还宜与按头额相互对照，以分别表热里热。额上热甚于手心热者多为表热；手心热甚于额上热者多为里热。

按手足寒温可测知阳气存亡，对于预测某些阳衰病证的病变趋势、判断预后善恶，有相当重要的作用。凡阳气虚衰之证，若四肢尤温，为阳气尚存，犹可治疗，如四肢厥冷，则阳气衰微，预后不良。

按手掌足胫在儿科病证的诊断方面，也有重要作用。凡小儿足心热主热。足胫寒主寒。手指尖冷主惊厥。中指独热主外感风寒。中指稍头独冷则为麻疹将发之象。小儿掌心冷者，病极危重，多难救疗。

4．按胸胁

胸部为心肺所居，右胁为肝脏之处，足厥阴肝经分布于两胁。故按压胸胁可以诊察心、肺、肝的病变。具体可分虚里，胸胁两部分。

(1) 按虚里：虚里位于左乳下第四五肋间心尖搏动处，古人对此颇为重视，认为是诸脉所宗之处，诊察虚里搏动情况，可以了解宗气的强弱、病证的虚实、预后之吉凶。尤其在虚损病的诊断上意义更为重要。

正常情况下，虚里按之应手而动，动而不紧，缓而不急，与寸口人迎等脉相应，一息四、五至，约每分钟72～80

次。这是无病的象征。

虚里跳动微弱而不显著者多为宗气内虚。若大动而应衣者多为宗气外泄。或不及、或太过，均属病态。如按之弹手、洪大而搏，则属危重证候。尤忌见于孕妇胎前产后或劳瘵病者，见此应当提高警惕。

虚里按诊在暴厥证和大虚大实之证时，诊断意义尤大。此时脉象可能伏而不见，如能细察虚里，探明宗气存亡，可免误诊。若虚里搏动与全身脉搏跳动都停止的，是死亡征象。若虚里搏动欲绝而无死候的，多见于痰饮等证。

除上述情况外，惊恐、大怒、大醉或剧烈运动之后，虚里搏动亦较剧烈。但静息片刻即可恢复，不能误认为病。

（2）按胸胁：除虚里搏动外，按胸胁尚应注意：前胸高起，按之气喘者，为肺胀证。胸中窒塞满闷或病痛，按之不痛不硬为胸痹，因痰浊或瘀血阻痹，心血瘀阻而成。胸胁按之胀痛者，可能是痰热气结或水饮内停。

肝脏位于右胁内，上界在锁骨中线处平第五肋，下界与右肋弓下缘一致，所以在肋下一般不应摸到。能摸到者，多为肿大，亦可因下垂而致。肝脏肿大，或因肝胆脾胃湿热，或因气滞血瘀，虽有软硬之分，但均较平滑。若表面凹凸不平，应该警惕肝癌的可能。右胁胀痛，摸之有热感，手不可按者，为肝痈。疟疾日久，胁下出现肿块，称为疟母。

5．按腹部

腹部位于横膈以下，腹部剑突下方称为心下，心下之下方相当于上腹部称为胃脘，脐周称为大腹，脐下称为小腹，小腹两侧称为少腹。

按腹部主要诊察其凉热、软硬、胀满、肿块、压痛等情况。

腹部凉热，可以反映病证性质，且较按手足头额可靠。凡腹壁冷，喜暖手抚按者，属虚寒证。腹壁灼热，喜冷物按放者，属实热证。

凡腹痛病人，喜按者属虚、拒按者属实。按之局部灼热，痛不可忍者，多为内痈。痛徐而缓，莫得其处者多虚。痛剧而烈，一定不移者多实。其痛绵绵而无增减，喜热者为寒；时痛时止，喜冷者为热。

腹部不痛不胀为邪未入里，腹部胀满疼痛，为邪已入里。腹部胀满又有虚实之分。凡腹胀不减，按之充实紧张、有压痛、叩之声音重浊者，多为实满。腹虽膨满而时减，按之软弱不实，无压痛，叩之作空声音，多为虚满。病人自觉心下或胃脘部痞塞不适和胀满的一类症状，总称痞满。凡外无胀形，按之柔软无压痛者称为胸痞，多属虚证。而外形胀满，按之硬痛有抵抗感者为结胸，多属实证，结胸又有大小之分；胃脘胀闷，按之则痛者称小结胸；胸脘腹部硬满疼痛而且拒按者称大结胸。脘部按之有形而胀痛，推之漉漉有声者，多为胃中有水饮。

单腹胀大，剧烈如鼓状者，称为臌胀，有水臌气臌之分，均属严重病证。以手分置腹部两侧，一手轻拍，另一手可触到波动感；或令病人转侧身体反复轻拍，空音实音随之移动；同时按之如囊裹水，腹壁有凹痕者，为水臌。以手叩之如鼓，无波动感，转侧不移，按之亦无凹痕者，为气臌。另外，有些高度肥胖的人也可腹大如臌，但四肢亦肥胖，且按之柔软，且无脐突及其它重病体征，需与臌胀鉴别。

凡腹内结块，有积聚之分：积多痛有定处，按之有形而不移，多由血瘀而致。聚则痛无定处，按之无形或聚散无

定，多因气聚而成。

左少腹作痛，按之累累有硬块者，肠中有宿粪。右少腹作痛，按之疼痛，有包块应手者多为肠痈。小腹硬痛胀满，小便自利而大便色黑者多为蓄血，小腹胀满、大便如常，多为尿涩不通。

若腹中蛔虫作块疼痛，则或表现为腹有结聚如筋而硬，用指紧按则硬块转移；或表现为腹内高低凹凸，久按起伏聚散，往来无定；甚则指下觉有蚯蚓样物体蠢动。

6．按穴位

穴位从属于经络，而经络内属脏腑、外络肢节，所以穴位与脏腑有密切联系。经络中运行的气血在身体表面聚集，注入某些重点穴位，所以机体内部的病理变化，也常常在有关穴位发生一定的反应，如压痛、压迫快感、结节或条索状物，有时还会观测到电阻变化。因而，中医通过按压身体上某些特定穴位，了解其变化与反应，也可以推断内脏的某些疾病。如肺病可在肺俞穴摸到结节，或中府穴有压痛。肝病在肝俞和期门穴有压痛。胃病在胃俞和足三里为压痛。肠痈在上巨虚（阑尾穴）有压痛。

临床还可以通过指压某些特定穴位作试验性治疗以协助鉴别诊断。如上腹偏右疼痛，若指压双侧胆俞则疼痛缓解，可诊断为胆道蛔虫症，而其它原因所致之腹痛压此穴位多无效果，故可以之为鉴别诊断的证据之一。

7．按疮疡

按诊在外科疮疡的诊断上，也有重要价值，可据以辨别其虚实、寒热及是否成脓。

一般按之肿而木硬不热者多属寒证。肿处烙手而压痛者

多属热证。根盘平塌而漫肿者多属虚证。根盘紧束而高起者多属实证。

凡患处坚硬，多属无脓，边硬顶软，内必成脓。轻按即痛为脓在浅表，重按方痛为脓在深部。肌肉深部的脓肿，应以两手分放在肿物的两侧，一手时轻时重地施加压力，另一手静候深处有无波动感，若有波动感应手，即为有脓；若无波动感为不应手，为无脓。根据波动范围的大小，还可推测脓液的多少。

五、四诊合参

四诊合参，是中医诊断学的重要原则。

人体是一个统一的整体，任何致病因素的侵袭，局部的可以影响到全身，全身的也可以显现在某一局部。“有诸内者，必行诸外”，这是一个客观规律。中医诊断疾病就是根据这个客观规律，先通过望闻问切四种诊断方法，向病人做全面的调查，从其表现出来的症状、体征等，了解疾病的发生发展，以便详细地收集资料，再把四诊结合起来进行的。

中医临床的特点是辨证诊治，而症状、体征是中医辨证的依据。症状是病人主观上不舒服的感觉，体征则是医生体检时发现的病人形体异常的客观征象。无论症状体征，均属医师四诊所收集的病情资料。前面已将四诊做出了概要介绍，通过前文所述可以看出，中医在诊察疾病时，主要是依靠自己的感觉器官。医师不同的感觉器官具有不同的感觉功能，通过不同的方式收集不同的病情资料。其中望诊、闻

诊、切诊主要是运用视觉、听觉、嗅觉和触觉对病人各种体征进行诊察的方法；而问诊主要是搜集病人的症状及其对疾病发生发展有关问题的叙述。可见，四诊在临床上各具独特作用，不能彼此取代。如果四诊短缺不全，便得不到病人全面详细的病情资料，可能遗漏某些辨证所必须的证据，从而给辨证造成困难，或使辨证出现这样那样的问题。所以李延罡曾说："望闻问切，犹人有四肢也。一肢废不成其为人，一诊若无不成其为医。"李时珍也说："上工欲会其全，非备四诊不可。"都强调四诊必须详实、不可短缺，这是四诊合参的基础与前提。

疾病是复杂的，在发生发展的过程中又存在着种种变化。因而其临床表现既有真象，有时也会出现某些假象。尤其一些急病重病，假象更易发生，而此时一旦诊断有误，往往造成病人生命的损失。判别真假，使诊断确切，至关重要。所谓假象，有的假在症状上，有的假在体征上。所以在四诊齐备之后，还应将四诊所得资料综合起来，相互比较参验，补充印证，进行反复深入的思考，以便由表及里，去伪存真，为正确的辨证与诊断创造良好的条件。否则，若不将四诊资料综合参验，轻者会使辨证不够确切，重者甚至会以假当真，做出错误的判断而贻误治疗。

可以看出，四诊之间是缺一不可、相得益彰的。任何过份地强调和夸大某一种诊法的重要性与特殊性，而忽视其它诊法，忽视四诊合参，甚至以一诊代替四诊的作法，都是片面的、错误的。

但是，出于对色诊脉诊舌诊等诊法的重视，部分中医往往强调色诊、脉诊的重要性，甚至以"望而知之谓之神"，或

只依靠“按脉知病”自我吹嘘、自我标榜。宣扬所谓“不用病家开口，便知病情根源”。中医在色诊脉诊等诊法上，有深入的理解与丰富的经验，不仅无可非议，而且值得学习。但象某些医生摸脉之后，不问病情，便一一推测病人症状；或摸完脉不问也不说什么，就开方下药，这就不符合四诊合参这一基本原则了。那么为什么有的医生看病，摸脉后便诉说病人症状，有时也能说得大致不差；或者摸完脉就开方，也能治好部分病人呢？是否脉诊确实能代替四诊？其实，所谓以脉诊代替四诊，也并非一诊，往往综合了望诊、闻诊所得。不可否认，很多医界前辈，积多年丰富的临床经验，根据中医基础理论，通过望闻切三诊合参，确能得出不少病证的初步辨证结论，提出初步治疗方案，开始实验性治疗，并逐渐修改使之日益完善。但若不进行问诊，患者的病史、病证发生发展的情况，以及过去的治疗经过，仍将无法了解，病情资料也就不可能全面。据此施治，虽原则未错，疗效不一定十分理想，当体征不太明显或相互矛盾时，便会发生误诊。例如一位病人前来就诊，观望发现病人脸色苍白，身体瘦弱，发黄稀疏，举动无力，再看看唇舌色淡，就获得一个气血不足的初步印象；病人虽未诉说病情，但在回答其它问题时，常可听到语声比较低的，又显得不愿多说话，这也是气血不足的表现；加之摸得脉象虚细无力，更证明病人气血不足。根据这一初步辨证，自然容易推测出病人的其它症状，如气短乏力、头晕眼花、饮食欠佳等等。

当然，若真连望诊、闻诊也不重视，真想单凭脉诊进行诊断，指导治疗，其后果是不难想象的。以滑脉为例：正常人见滑脉为气血充盛；病人见之或为痰饮、或为宿食；孕妇

及妇女经期前见之又为正常生理变化。若不结合其它三诊，单凭脉诊便下结论，往往造成误诊。不了解女性的婚姻月经情况，单凭滑脉判断早孕，还会造成笑话！何况脉象有真有假，主病有一般有特殊，脉证有同有反，脉证有顺有逆，所以早在《素问·徵四失论》里就已尖锐指出："诊病不问其始，忧患饮食之失节，起居之过度，或伤于毒，不先言此，卒持寸口，何病能中？"由于至今仍有医生宣扬以脉诊代四诊，加之有的病人只伸出手来让医师摸脉而拒绝诉说病情，无知地认为这样能"考"中医的"医术"是否高明，因此有的初学者在给病人诊治时，也硬着头皮"试"着"按脉论病"，这种医师病人彼此相欺的错误做法，既不利于病人的身体康复，也不利于医师的医术提高。同时也说明了四诊合参的重要性，不仅作为医师应该充分重视，对于偏信脉诊的病人，也应耐心给他们讲清道理。

总之，四诊可以分开来学，逐步掌握，但临床运用时，一定要四诊齐备，互相参证，密切结合，综合分析。这是在辨证论治时必须注意的。

由于历代中医均十分重视色诊、脉诊，所以在古今医学文献资料或典籍中对色诊、脉诊与其它诊法合参的论述也最为丰富，使之成为四诊合参的主要内容。

（一）色证合参

色证合参。即以色诊为主，与其它诊法相互参校、综合分析。

色诊与其它诊法所获得的资料，均为辨证的证据。为全面了解病情，得出确切辨证结论，中医强调将色诊与其它证据相互参校，尤其常将色诊脉诊这两种重要诊法并举，以色

脉相参而决断病情。如《素问·移精变气论》："治之要极，无失色脉。"《素问·五脏生成篇》："能合脉色可以万全。"《素问·脉要精微论》："切脉动静而视精明察五色……以此参伍，决死生之分"等，皆属此类。

首先，色脉合参可以推测病程新久。《素问·脉要精微论》提出："徵其脉小色不夺者新病也。徵其脉不夺其色，夺者此久病也。徵其脉与五色俱夺者此久病也。徵其脉与五色不夺者新病也。"说明新病色诊往往没有明显变化，而久病患者气色多有明显改变。

其次，色脉合参还可以推测病情轻重。如《灵枢·邪气脏腑病形篇》提出："色脉形肉不得相失……色青者其脉弦，赤者其脉钩，黄者其脉代，白者其脉毛，黑者其脉石。见其色而不得其脉，反得其相胜之脉则死矣，得其相生之脉则病已矣。"说明色脉相应相生则病轻易愈，色脉不相应相克则病重难疗。

当然，色、脉和其它症状体征都是疾病的反映，色脉尚须与其它体征、症状合参。一般在疾病过程中，色脉与其它辨证依据往往相应出现，但也可能有时出现不相应的情况。例如：胁肋胀痛、口苦目眩、弦脉等证据往往与青色同时见到；但有时，也可能显现出白、赤、黑、黄等不相应的面色。此时，绝不可囿于一种诊法，或将各种有关病情资料割裂。必须将色脉与其它证据综合参验、全面观察分析，寻求疾病本质，正确判断出确属何病，然后再进行色病合参。

附：色病合参

色诊与其它辨证证据合参，并已判断出五脏病证之后，中医习惯再将五脏病证与面色合参，以推测病证顺逆吉凶，

称为色病合参。

色病合参，有病色相应，病色交错两种情况。

1．病色相应

病证与气色相应，称正病正色。如诸风掉眩、胁肋胀痛、惊痫抽搐为肝病，见青色为正病正色。癫狂失眠、惊悸怔忡为心病，见赤色为正病正色。咳嗽喘急、胸膈胀满为肺病，见白色为正病正色。肿胀噎膈、呕吐泄泻为脾病。见黄色为正病正色。阳痿遗精、腰痛耳聋为肾病，见黑色为正病正色。均属病色相应。

病色相应，是疾病发展的正常现象，标志病情单纯，易治易愈。

2．病色交错

病证与气色不相应，称病色交错。古人根据五行生克规律将病色交错分为相生、相克两种。兹加引录，以供参考。

(1) 病色相生：病和色按照五行相生规律出现称为病色相生。凡肝病见黑色赤色、心病见赤色黄色，脾病见赤色白色。肺病见黄色黑色，肾病见白色青色，均为不相应中的相生之色，前人认为预后多吉。

病色相生，又有色生病，病生色之分。

色生病，即色为母而病为子，如肝病见黑色，肝属木而黑属水，水生木，故称黑色生肝病。其余心病见青色，脾病见赤色、肺病见黄色，肾病见白色仿此。古人认为色生病乃吉中之顺。

病生色，即色为子而病为母，如肝病见赤色，肝属木而赤属火，木生火，故称肝病生赤色。其余心病见黄色、脾病见白色、肺病见黑色，肾病见青色仿此。古人认为病生色为

吉中之逆。

（2）病色相克：病和色按照五行相克规律出现称为病色相克。凡肝病见黄色白色，心病见白色黑色，脾病见黑色青色，肺病见青色赤色，肾病见赤色黄色，均为不相应中的相克之色，前人认为预后多凶。

病色相克，又有病克色、色克病之分。

病克色，即病为所不胜而色为所胜。如肝病见黄色，肝属木而黄属土，木克土，故称肝病克黄色。其余心病见白色、脾病见黑色、肺病见青色，肾病见赤色，均与此相同。病克色古人认为乃凶中之顺。

色克病，即病为所胜而色为所不胜。如肝病见白色，肝属木而白属金，金克木，故称白色克肝病。其余心病见黑色，脾病见青色，肺病见赤色，肾病见黄色，均与此相类 。色克病古人认为乃凶中之逆。

总之，病色交错标志病情复杂，治疗起来比病色相应者相对困难较大。但病色相生多吉而病色相克多凶。

必须指出，这种相生相克的划分及其吉凶顺逆的推断，完全是根据五行生克关系推导而成，并不完全符合临床实践，有些甚至违背实际病情发展变化规律。如张璐玉就曾提出：“五色之中，青黑黯惨，无论病之新久，总属阳气不振。惟黄色见于面目而不致索泽者，皆为向愈之候。”汪宏亦云：“倘色夭不泽，虽相生亦难调治；色泽不夭，虽相克亦可救疗。”非常明确地指出泽夭较之生克更为可靠。所以临床诊病时，绝对不能机械套用生克之说，必须四诊合参、综合分析，才能做出正确诊断。

3．色病宜忌

色病合参，除按五行生克规律有生克吉凶之说以外，古代医家还根据长期临床观察，总结出某些病证宜见何种气色，某些病证忌见何种气色的规律，称为色病宜忌。

色病宜忌，是根据病证的性质、部位、邪正斗争状况而确定的。一般病色相应者宜，病色相反者忌。反之微者难治，反之甚者即死。如：

表证——宜浮清，忌沉浊。

里证——宜沉，忌浮。

热证——宜赤，忌青而肢厥。

寒证——宜青、白，忌红赤。

麻痘斑疹痈疡——宜赤，忌青黑。

伤寒汗吐下——宜黄，忌赤而热感。

霍乱吐下诸呕泄泻——宜黄，忌青黯。

下痢便脓血——宜黄，忌赤而身热。

失血脱津液——宜黄白，忌鲜赤。

（二）脉证合参

众所周知，脉诊是中医学独特的传统诊断方法，应用普遍，作用重要，因而历来颇受中医重视。《内经》所谓“微妙在脉，不可不察”，即指此而言。但正如李中梓所云：“自古神圣，未有舍望闻问而独凭一脉者。”历代中医也十分强调应正确理解和处理脉诊与其它诊法的辨证关系，强调四诊合参。这首先表现在脉诊合参。

脉象做为一种体征，与其它症状体征同是证候的表现，同是辨证的依据。为全面了解病情，应随时把握病人脉象变化，并应将脉象变化与其它症状体征综合参验。所谓脉证合参，就是在诊断过程中把脉象与其它症状体征等辨别证候的

证据进行综合参校，比较判断。它是获得正确辨证结论不可缺少的重要步骤，是四诊合参的重要内容之一。

临床证候是错综复杂的，脉象与其它辨证证据之间的关系也有多种情况。大致可将其分为脉证相应，脉证相反，脉证独见，及脉证互测四个方向。

1．脉证相应

脉证相应，指脉象与其它证据协调一致地反映证候本质。其中又有脉证相符与脉证似反两种情况。

（1）脉证相符：病情单纯之证，往往表证见表症表脉，里证见里症里脉，虚证实证寒证热证也是这样，脉象与其它证据可以同时反映证候本质。这种情况，一般多见于病程不长的新病，如外感病的发生发展过程中。

（2）脉证似反：疾病的发生发展并不都是简单的，其间表里出入，上下升降，虚实转化，寒热进退，燥湿更迭，存在着种种变化。因而在临床实际工作中，除单纯证候外，还经常可以见到一些表里并存，虚实挟杂，寒热交错，燥湿参合，甚至表里、虚实、空热、燥湿错综并存的复杂证。这时，往往病人的脉象与其它症状体征初看好象不一致，但经认真分析就会发现，二者是从不同角度分别反映了机体内部的复杂病理变化，都反映着证候的本质。《古今医统》所谓“脉证似反非反，因之而变无伤”正是指的这种情况。这种情况仍然属于脉证相应范围。

例如：许多臌胀病人，有疲倦乏力、少气懒言等症状，其脉却是弦象。症虚脉实，看似相反，其实其它证据反映正虚，脉象反映邪实，二者结合，恰好反映患者正虚邪实的证候本质。

由此可见，在临床遇到比较复杂的病证时，对于脉证是否相应，应采取严肃认真的态度，切不可轻率断定。宜综合四诊所得，反复分析比较，尽可能从表面的不一致中寻找出其内部联系，辨清是否有挟杂并存之证，只有完全排除了表面不相应而实际相应的可能，才能得出脉证相反的结论。

2．脉证相反

脉证相反，指脉象与其它症状体征相互矛盾，其中必有一真一假，真者反映证候本质，假者造成虚伪假象。此时由于有真象假象的存在，随之就有一个“去伪存真”的从舍问题：脉真证假者应该“舍证从脉”，脉假证真者自当舍脉从证。只有认清本质，明辨真假，才能取舍得宜。

(1) 舍证从脉：脉证相反时，如果脉象反映了证候本质，而其它症状体征仅属假象，说明脉象为真而其它证据为假。这时，应当以脉象为主要依据，叫做舍证从脉。

例如：伤寒四肢厥逆，寒战，脉象滑数有力或沉数有力。此时，脉象反映出里实热证本质，而其它症状体征是邪热太盛，阻遏阳气不能外达的假寒之象，故应舍证从脉，按热厥治疗。

又如：病人发热、面红、烦躁、气促，脉象却是沉细微弱或浮大中空。这时也是脉象反映出虚寒本质，其它证据仅为阳浮假象。也应舍证从脉，按虚寒治疗。

(2) 舍脉从证：脉证相反的另一种情况是：其它证据反映了证的本质，脉象仅属假象，即其它症状体征为真而脉象为假。这时，应该以其它证据为辨证的主要依据，叫做舍脉从证。

例如：寒邪内伤或食停气滞，出现心腹急痛等症状，而

脉象沉伏、或迟或结。这时，其它证据反映证候本质，脉象仅为邪气聚结、阻遏气机、脉道不利而产生的假象。故应舍脉从证，按实证论治。

又如：患者高热神昏，但脉象濡缓，证属邪热内闭，由于病势急骤或被邪气阻遏，脉象未能反映证候本质，因此亦应舍脉从证，急予清营透热、开窍醒神。

应该强调指出：无论舍脉从证还是舍证从脉，都不能将假象简单舍弃。假象虽然不能直接反映本质，但仍然是本质的显象形式。我们应当对所谓假象进行深入细致的分析，发现其中存在着的可以做为辨证依据的因素。如凡真寒假热证，虽可出现脉大假象，但必虚大无力；凡真热假寒证，虽可出现脉沉假象，但必沉而有力，等等。能否识别真假、正确取舍，是中医诊断技术水平高低的标志之一。

(3) 脉证从舍的实际应用：脉证相反情况的出现，病情往往错综复杂，又多比较严重。此时，能否去伪存真，正确取舍，关系着病人的生死安危。诚如张景岳所说："病而遇此，最难下手，最易差错，不有真见，必致杀人。"因而历代医学家对此都很重视，古今许多学有成就的中医对其规律进行过探讨，其宝贵经验，我们应努力学习借鉴。

判断表证里证一般从证：浮脉主表证，沉脉主里证，这是基本规律。但临床所见，表证并不一定出现浮脉，里证也并不一定出现沉脉，故仅据浮沉脉判断表里证，真假难断之际，似未足凭。因而张景岳有"浮不可以概言表，沉不可以概言里"之说。俞宜年提出判断表证里证应以其它证据为主。认为表证里证所呈现的辨证依据各自不同，如邪在表，所袭部位为皮毛肌腠，就出现与皮毛肌腠相应的证据，如恶寒发

热头痛身疼、四肢酸痛、鼻塞、舌苔白等等。如邪在里，所袭部位为某一脏腑，就出现与该脏腑相应的证据，如热结肠腑即出现高热、谵语、腹痛拒按、便秘、舌苔黄厚干糙等等。根据其它证据特点来辨别属表证属里证，既易于掌握，也较符合临床实际。

张景岳对浮沉脉不足以断表里证的道理作过扼要分析，他说："浮虽属表，而凡阴虚血少，中气亏损者，必浮而无力，是浮不可以概言表。沉虽属里，而凡表邪初感之深者，寒束皮毛，脉不能达，其脉必沉紧，是沉不可以概言里。"临床经常可以看到到许多元气素虚，或脾气虚陷而无外感者，以及一些老人、瘦人，他们虽无表证，脉象却常见浮，可见景岳之说确为经验之谈。

判断寒证热证一般从证：寒证脉迟，热证脉数，这是基本规律。但寒证也可见到脉数，热证也有见到脉迟的，说明又不可一概以迟数判断寒证热证。因而俞宜年又提出：在脉证不相符的情况下，判断证之属寒属热，也应以其它证据为主。认为病人体质不同，有的人脉本数，有的人脉本迟，这些病人患寒热证后，脉象都不能骤然变迟变数，一如常人。而且病人属寒属热，有诸内必形诸外，必有许多证据可供参考，以资鉴别。尤其是病人的主观感觉，如口渴不渴，喜饮不喜饮，喜热饮或喜冷饮，喜加衣被或恶衣被、大便干稀及通畅不通畅，肛门灼热不灼热，小便清长或短赤等等，常可做为诊断依据。张景岳曾指出："数为热，而真热者未必数，凡虚损之证，阴阳俱困，气血张皇，虚甚者数必甚，是数不可以概言热。迟虽为寒，凡伤寒初退，余热未清，脉多迟滑，是迟不可以概言寒。"

《伤寒论》："病人身大热，反欲得衣者，热在皮肤，寒在骨髓也；身大寒反不欲近衣者、寒在皮肤，热在骨髓也。"指出判别真假寒热，以病人主观感觉为准，未言脉。桂枝汤证脉有浮缓、浮数，还有脉迟的；麻黄汤证脉有浮紧、有浮数；阳明病里热盛脉应滑数，也有脉迟，都是舍脉从证以指导论治的范例。

当然，从证舍脉以断寒证热证，也是相对而言。如果久病体虚，或者虚感邪，正虚邪实，又当于虚实中求之。

判断虚证实证当证虚从证、脉虚从脉；辨别虚实真假，判断虚证实证，前人多从"虚"字着眼，认为虚是辨证的关键。因为实为有余，虚为不足，有余者可假，不足者为真。也就是说：其它证据虚当从其它证据，脉虚当从脉。张景岳对此做过详细论证。他说：

"似虚似实，疑本难明，当舍当从，孰知其要？医有迷途，莫此为甚，余尝熟察之矣：大都证实脉虚者，必其证为假实也；脉实证虚者，必其脉为假实也。何以见之？如外虽烦热而脉见微弱者，必火虚也；腹虽胀满而脉见微弱者，必胃虚也。虚火虚胀，其堪攻乎？此宜从脉之虚不从证之实也。其有本无烦热而脉见洪数者，非火邪也；本无胀滞而脉见弦强者，非内实也。无热无胀，其堪泻乎？此宜从证之虚，不从脉之实也。凡此之类，但言假实，不言假虚，果何意也？盖实有假实，虚无假虚。假实者病多变幻，此其所以有假也；假虚者亏损既露，此其所以无假也。大凡脉（证）不合者，中必有奸，必先察其虚以求根本，庶乎不误，此诚不易之要道也。"

上述仅是脉证从舍理论在临床实际运用的基本规律。由

于脉证不符时病变复杂，病情严重，所以必须经过详细和全面的检查，对有关病证的各种证据有了充分权衡估价后才能决定真假。因而，无论舍脉从证还是舍证从脉，都必须建立在四诊合参的基础上。

譬如舍证从脉，虽然从的是脉，但仍然离不开望、闻、问、切（这里指按诊）。因为既要从脉，就必须肯定所见的“证”为假象，而要肯定这一点，就必须有四诊获得的辨证材料做为依据。只要这一系列证据中有一点疑窦，判断就难成立。这个“证”就不好舍，“脉”也就不好从了。张景岳说：“凡值疑似难明之处，必须用四诊方法，详问其病由，兼辨其声色，但于本末先后中，正之以理，斯得其真。”喻昌亦云：“设不能以四诊相参，而欲孟浪任意，则未有不复人于反掌间者。”谆谆告诫后学必须详求四诊，足见四诊合参之重要。历代名医凡遇脉证不符，往往能鞭辟入里，洞见症结，然后辨证论治，扶危急而挽沉疴，为我们留下许多传颂千古的范例。乍看起来有点神乎其神，但细细审读，可以悟出他们判别真假，断定取舍的独见卓识，多建立在四诊合参的牢固基础之上。

3．脉证独存

脉证的相应相反及其从舍，都以脉证同时存在，或足以做为辨证的证据为前提条件。除此之外，临床有时还可以见到一种特殊情况，即脉证并不同时存在，或虽然同时存在，但有一方并不典型，不足以成为辨证依据。当此之时，有两种选择。

（1）无证从脉：如果病人其它症状体征不典型，或者只有化验异常而无明显症状体征，但脉象比较典型，这时，应

以脉象做为主要证据，可以称之为“无证从脉”。

随着科学技术的发展，我国的疾病普查工作开展的越来越广泛。目前，许多经现代医学仪器或实验诊断方法检查异常，却没有特殊症状体征可辨的病人日益增多。其中相当一部份现代医学尚无特效方法，很多转请中医治疗。临床之际，往往望、闻、问、切（触按），都没有典型证据可得。历年来，许多中医前辈于无证可辨之时，通过典型脉象的发现而找到证据，据脉断证，随证用药，取得了可喜的新经验，也为中医脉证合参，开辟了新的领域。如血压高低，肝功异常等均屡见报道。

（2）无脉从证：无脉从证，并非病人没有脉搏，其含义是：当病人的脉象改变不明显，而其它症状体征足以为据，仅凭其它证据即可以得出辨证结论者，可仅以其它症状体征为证据，故称“无脉从证”。这类情况往往发生在病证初起，即疾病的初期，以及疾病的恢复期，脉象尚无明显变化而其它症状体征显露，或脉象已基本复原而其它症状体征尚未完全消失者。

4．脉证互测

临床虽然存在脉证相应，脉证相反，脉证独存三种情况，但总的看来，毕竟脉证相应的情况最为多见，脉证相反与脉证独存的情况则较少出现。因此，就有可能“从证测脉”或“从脉测证”。

（1）从证测脉：根据患者出现的其它症状体征推测可能出现的脉象，称作“从证测脉”。

如：病人主诉两肋疼痛、胸脘胀闷、嗳气呃逆等症状时要估计出现弦脉的可能，因二者都是肝胃不和的主要表现。

（2）从脉测证：根据病人出现的脉象估计其可能出现的其它症状体征，称作“从脉测证”。

如：临床见到洪数有力的脉，问诊时便应注意有无高热烦渴、汗出、便秘、尿黄等症状和面赤舌红等体征，因二者都是实热证的常见表现。

对于初学脉诊者来说，从证测脉较易，而从脉测证较难。而绝大多数老中医都程度不同地掌握着一定的从脉（临床常结合其它体征如色舌声音等）测证的技术与经验。由此可知，脉诊学习的步骤应当是：首先刻苦学习脉诊理论，打下牢固基础。其次，在充分掌握脉诊的实际操作技术以前，以其它症状体征为主，综合分析得出初步辨证结论，对可能出现的脉象仔细考虑、予以推测。然后在有经验的上级医师的指导下，验证自己的推测是否正确，并借以加深对该脉形象主病的认识。这样逐步由从证测脉过渡到脉证合参，待技术逐渐熟练，再慢慢发挥脉诊在辨证中的作用，积累起从脉测证的技术与经验。

附：脉证顺逆

在中医古籍中，脉证合参与脉证顺逆往往互文见义，没有明确区别。随着中医的发展，近代许多中医文献中都论及两个概念的不同含义，认为应通过深人细致的整理分析工作，逐步阐明这两个不同的概念。多数意见认为，证候之“证”与证据之“证”不同，所谓证候，是病因、病机、病位、病程及疾病现象的综合概括，它突出了致病主导作用中的内因性，可以反映患病时病人所处的环境、机体反应状态的整体性、个体特点、变化动态和发展趋势——即疾病的本质。而各种（症状体征证据）仅仅是证候的临床现象，每一

证候都包括一系列特定的证据，脉象仅仅是多种证据之一。

由于脉象是辨证的主要依据，中医格外重视这一证据。因而常在四诊合参（包括脉证合参）之后——即在已得出正确的辨证结论、确定属何证候之后，再将脉象与所断定的证候进行参照，分析对比，借以推断病情轻重及预后吉凶，习惯称之为“脉证顺逆”。

证据与证候是不同的概念，脉证合参与脉证顺逆也是有区别的。脉证合参论述辨证过程中脉象与其它症状体征之间的相互关系，通过这一步骤，能帮助我们得出具体的辨证结论，并能为进一步落实具体的治疗法则选择可靠的依据。脉证顺逆则主要用以判断预后，即在得出辨证结论，确定证候之后，对该病人的病情做出顺逆吉凶的判断，并不对治疗做任何具体的指导。虽然脉证相应者往往属于顺证，但脉证相反者却并不一定就是逆证。而且，脉证合参中只要脉证相反必定有舍有从；脉证顺逆中脉证相反只证实病情复杂、预后较差，却绝对不能舍弃最后的辨证结论——证候。有鉴于此，本书将脉证合参与脉证顺逆做为两个问题，分别叙述。

证候与脉象相互参照对比，临床有顺、逆两种不同的情况：脉证一致为顺，顺者一般病情单纯而轻，预后较好；脉证不一致为逆，逆者一般病情复杂而重，预后较差。

脉证顺逆的一般规律是：①凡表证见浮脉，里证见沉脉，或实证见实脉类病脉，虚证见虚脉类病脉，热证见数脉类病脉，寒证见迟脉类病脉，等等，称作脉证相顺，病情单纯；反此为逆，病情复杂。②凡新病见实脉类病脉为顺，说根邪气虽盛，正气尚足以抗邪；久病见虚脉类病脉为顺，说明邪气已衰，正气有恢复之机，预后均属良好。相反，如新

病见沉细微弱等脉，说明虽为新病，但邪气方盛而正气先衰；久病见浮洪数实等脉，则表明正气已虚而邪气未退，病情均比较复杂，多为缠绵迁延之证，论治较棘手，预后也较差。③凡元气衰败之证，脉象微细欲绝，经服温补救逆之药，脉象徐徐渐出渐复者，是脉证相顺，为佳兆。若徒然暴出，忽如复元者，是假复真脱的逆象，多于数日后复脱，而且多难以救治。但如各部皆脱，惟胃脉独存的，犹可冀其万一。④在外感病过程中，脉象和缓平静还是急数躁动，也可归入顺逆范围。例如：病人有发热恶寒头痛等表证症状，若脉象和缓平静而不见弦数，说明病邪尚轻，不会深入发展，或为病证好转征兆，若病程中脉象忽然发得急数躁动，则表示邪气内传，病情恶化。

总之，脉证合参是辨证论治的高级阶段，脉证顺逆对判断病情轻重及预后有重要作用。古往今来，许多学有成就的中医学家据此断决吉凶，传为佳话，也为我们留下了许多宝贵经验。正如徐大椿所说："不按其证而独讲乎脉，则讲之愈密而失之愈远"，"脉与证分观之则吉凶两不可凭，合观之则某证忌某脉，某脉忌某证，其吉凶乃可定矣。"历代脉书多记载有脉证"生死歌"，"宜忌赋"等，即是根据脉证顺逆规律在临床具体应用情况而制定的，兹综合诸书所载，择要列为下表，以供参考。

脉证顺逆择要

病　证	顺	逆
伤寒热病	浮数，洪大，浮洪	沉微涩小、细弱
咳嗽	浮濡	沉紧

续

病　　症	顺	逆
伤暑	虚，弦细芤迟	滑实
肿胀	浮大、洪实	虚小、沉微
胀满	浮大、洪实	细而沉微
癫狂	浮洪	虚细、沉急
痫风	浮缓、虚缓	实急、沉小、弦急
腹泻下痢	沉小滑弱	浮数、洪实、实大、浮洪（发热）
呕吐反胃	浮滑	沉数、弦数紧涩
霍乱	浮大、代	迟微、伏
头疼	浮滑、弦、浮紧	短涩
风痹	虚濡	数急
中风	浮缓迟滑，浮迟	紧大急疾、数大急疾
心腹痛	沉细迟紧、细迟	浮大、弦长
腰痛	沉弦、浮紧滑实	濡大
喘急	浮滑、洪	沉涩、散
失血	芤、缓小、沉弱	浮大数实、数大
中恶，腹胀	紧细	浮大
积聚	实弦急，实强	沉细虚弱、沉细
疝气	牢急，弦急	弱急
六淫初感	洪大数实	微小伏匿无力
火热	洪数	微弱
骨蒸发热	数	涩小
脚气	迟数浮濡	空虚

续

病证	顺	逆
水病	浮大	虚小
喉痹	迟、数	微伏
中毒	数紧	细微
汗后	脉静（身凉）	脉燥（热甚）
疟	弦迟、弦数	代、散
黄疸	浮大、洪数	涩、微
消渴	实大浮大	细小微涩短
劳极诸虚	软弱微、浮	弦数
瘀血内蓄	牢大	沉小迟微、沉涩
淋闭	数大、实大	涩小
瘰疬	缓滑	细数
溃疡	微小迟缓	洪数
肠痈	滑数	沉细无根
肺痈	短涩	浮大
寒热	微小迟	大紧急、代、绝
洞泻	缓、小、结	浮大浮滑数
厥逆汗出	坚急	虚缓
血崩	虚大、弦数	浮洪 疾
漏下	虚小、缓滑	大紧疾实
带下	迟滑	浮虚
产后	小缓、沉细小滑缓、微迟	实大弦滑牢 洪数
金创	微小虚细	数大急实

注：本表据华佗《中藏经》、王叔和《脉经·诊百病死生诀》、高阳生《脉诀》、崔紫虚《脉诀》、雷少逸《脉象宜忌赋》李言闻《新著四言脉诀》、《医宗必读》、李延昰《脉诀汇辨》、林之翰《四诊抉微》、张景岳《宜忌歌》、和《医宗金鉴》整理，限于篇幅，未一一注明出处。

[General Information]
书名=诊法概要
作者=北京中医学院会院主编
页数=167
SS号=11499114
出版日期=1988年07月第1版